المملكة العربية السعودية
جامعة الملك سعود
كلية العلوم الإدارية
قسم الإدارة العامة

العوامل المؤثرة على
قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني

دراسة ميدانية في مدينة الرياض

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة العامة
بكلية العلوم الإدارية – جامعة الملك سعود

إعـــــداد :
غدير علي الصانع

إشـــــراف :
أ.د/ خالد سعد بن سعيد

الفصل الدراسي الثاني
١٤٢٤ هـ / ٢٠٠٣ م

إهـــداء

إلى منهل المعرفة ورمز العطاء ، إلى القدوة الحسنة................. والدي العزيز .

إلى منبع الحنان ورمز التضحية ، إلى من كانت الدافع الأكبر لي في إكمال دراستي والنظر إلى أعلى دوماً ....والدتي الغالية .

إلى نبع المساندة الدائمة والتقدير ، إلى مستقبلي القادم والمشرق بإذن الله ......زوجي الحبيب .

أهدي لكم عملي المتواضع مع الوعد بالأفضل إن شاء الله تعالى..

شكر وتقدير

بسم الله والصلاة والسلام على رسول الله نبينا محمد وعلى آله وصحبه ومن والاه ،

أود أن أتقدم بالشكر الجزيل لسعادة الأستاذ الدكتور / خالد بن سعيد على ما بذله من جهد معي طيلة فترة إعداد هذه الرسالة ، وعلى صبره وتحمله معي رغم الظروف التي مر ا إعداد الرسالة .

كما أود أن أتقدم بالشكر الجزيل لسعادة الدكتور / هاني خاشقجي على تفضله بقبول مناقشة الرسالة وعلى ملاحظاته القيمة حولها .

كما أود أن أتقدم بالشكر الجزيل لسعادة الدكتور / ناصر الفوزان على ما بذله من جهد معي وحرصه على أن تظهر هذه الرسالة بالصورة المطلوبة .

مع جزيل الشكر لكل من ساعدني ووقف بجانبي في إعداد هذه الرسالة ..

ملخص الدراسة

تواجه المملكة العربية السعودية شأ ا شأن سائر الدول في العالم كله مشكلة ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية بشكل متسارع؛ حيث تنفق مايقرب من ١٠% من ميزانيتها السنوية العامة على الخدمات الصحية.. ومع ذلك حدث شيء من الخلل في التوازن بين الموارد والتكاليف نتيجة التوسع في الخدمات الصحية وتزايد حجم الطلب عليها مع الارتفاع المتواصل فى تكاليفها. وقد استلزم هذا الأمر القيام بدراسة متأنية لوضع استراتيجية خاصة لتوفير بدائل للتمويل، وقد كان نظام التأمين الصحي التعاوني أهم تلك البدائل وأكثرها مناسبة لظروف المملكة؛ فهو يحقق مبدأ التكافل وفق شريعتنا الإسلامية، بالإضافة إلى إسهامه في الحفاظ على المكتسبات الصحية وتطوير وتقنين الخدمات الصحية، وليس هذا فحسب بل ويكفل للمريض تلقي خدمات أساسية ضرورية بأسعار ملائمة إضافة إلى إسهامه في إنعاش الاقتصاد الوطني ، وكذلك شركات التأمين التعاوني والمستشفيات في القطاعين العام والخاص.

ولكن ومنذ البداية لا بد أن نعي أن التأمين الصحي ليس هو الحل الوحيد لمستقبل أسلوب تقديم الخدمة الصحية على المستوى الفردي أو الجماعي ، وان فكرته ليست هى الحل الجذري أو السريع للمشكلة ، إذن فالمسألة تحتاج إلى إجراء دراسات واستشارات وإلى تخطيط جيد للتنفيذ بالطريقة المثلى ، لذلك جاءت هذه الدراسة للتعرف على العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني ، وقد تم اختيار عينة عشوائية بسيطة من ا تمع المستهدف للدراسة بلغت ٦٩٠ مفردة من المؤمن عليهم المراجعين للمستشفيات (مستشفى مبارك ، الأسرة الدولي ، سليمان الحبيب ، التأمينات الاجتماعية) ، حيث تم توزيع الاستبانة بغرض تجميع البيانات اللازمة للدراسة ، ومن ثم أدخلت للحاسب الآلي لتحليلها باستخدام برنامج (spss for windows) وقد تم استخدام نمط الدراسة التحليلية الوصفية لدراسة التأمين الصحي التعاوني بما يتماشى وطبيعة هذه الدراسة،ثم تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي لبيان العلاقات بين بعض متغيرات الدراسة المستقلة والمتغير التابع ، وبعد تحليل البيانات التي تم جمعها خرجت هذه الدراسة بعدة نتائج كان من أهمها مايلي :

 وجد أن من أهم العوامل التي تساهم في اختيار مستشفى معين للعلاج لدى المؤمن عليهم : أن شركة التأمين تجبر المؤمن عليهم على المراجعة في ذلك المستشفى ، و جودة الخدمات المقدمة أعلى من تلك المقدمة في غيره .

 كما وجد أن من أهم العوامل التي تساهم في شراء وثيقة تأمين صحي لدى المؤمن عليهم : الحالة الصحية لأحد أفراد العائلة و الحالة الصحية للمجيب ، ووجود تخصصات نادرة في

القطاع الصحي الخاص ، و تدني مستوى الخدمات الصحية بالقطاع العام ، و طبيعة العمل الذي يقوم به ا يب ،و الشركة التي يعمل ا توفر التأمين ، وارتفاع أسعار الخدمات الصحية ، والانتظار الطويل في المستشفيات الحكومية .

 وقد تمت دراسة العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني من خلال ثلاثة جوانب :

١. العوامل الديموغرافية .
٢. مؤشرات الحالة الصحية .
٣. مؤشرات تغطية التأمين الصحي .

 بالنسبة للعلاقة بين العوامل الديموغرافية ومؤشرات الحالة الصحية مع قسط التأمين الصحي التعاوني: فمن خلال نتائج التحليل الإحصائي أوضحت أنه لا علاقة للمتغيرات الديموغرافية بقسط التأمين الصحي التعاوني ، أي أ ا لا تؤثر على قسط التأمين ماعدا حجم الأسرة والذي تبين من نتائج الدراسة أن هناك علاقة إيجابية بينه وبين قسط التأمين .

 أما بالنسبة لمؤشرات الحالة الصحية فإنه ثبت بالنتائج أن شمولية التأمين - أي ما يغطي أكثر من شخص - تكون مكلفة أكثر من تلك التي تغطي شخصاً واحداً فقط، وبذلك فهي تؤثر على قسط التأمين الصحي ، أما بالنسبة للوضع الصحي للفرد فإنه حسب نتائج الدراسة لا تأثير له على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني.

 أظهرت النتائج أن اشتمال وثيقة التأمين على تكاليف زيارة العيادات الخارجية، وتكاليف العمليات الجراحية الكبرى، وتكاليف العمليات الجراحية الصغرى ، وكذلك تكاليف علاج الأمراض النفسية يزيد من قسط التأمين الصحي، أما بقية التكاليف فلم يكن لها تأثير يذكر.

وبذلك تكون العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني حسب هذه الدراسة :

 شمولية التأمين الصحي.
 تكاليف زيارة العيادات الخارجية.
 تكاليف العمليات الجراحية الكبرى.
 تكاليف العمليات الجراحية الصغرى.
 تكاليف علاج الأمراض النفسية.

وقد خرجت هذه الدراسة بعدة توصيات كان من أهمها :

- العمل على وضع معايير جودة الخدمات الصحية التي يجب أن تتبناها المستشفيات والمستوصفات لاعتمادها ضمن البرامج الصحية لدى مقدمي الخدمة الصحية.
- تطبيق برامج للتوعية الصحية توضح لجميع الأفراد أهمية وضرورة برامج التأمين الصحي التعاوني من جهة ، وتشرح لهم الأسلوب الأمثل للاستفادة من هذه البرامج دون المبالغة في طلب خدمات علاجية لا ضرورة لها.
- عمل دراسات مماثلة لمعرفة العوامل المؤثرة على قسط التأمين في المملكة ككل وذلك لاقتصار هذه الدراسة على مستشفيات معينة في مدينة الرياض .

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

جداول الدراسة

أشكال الدراسة

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة:

التزمت الدولة منذ تأسيسها بتقديم الخدمات الصحية مجاناً للمواطنين والمقيمين على حد سواء، باعتبار أن الصحة أمر في غاية الأهمية والحساسية وأن صحة الإنسان مطلب ديني واقتصادي واجتماعي، ولكن القضية التي أخذت في البروز تكمن في أن تكاليف الخدمات الصحية في جميع أنحاء العالم بما في ذلك المملكة العربية السعودية في تزايد مضطرد، ولذلك بدأ المختصون يلتمسون أساليب حديثة لتغطية تكاليف هذه الخدمات، والبحث عن بدائل لتمويل الخدمات الصحية وتقنين استخدامها والمحافظة على جود ا والسعي المستمر لتطويرها، وكان من بينها أسلوب التأمين الصحي التعاوني الذي يعتبر أحد أهم البدائل في هذا ا ال وأكثرها مناسبة لظروف المملكة لكونه يحقق مبدأ التكافل ولما ينتظر منه من كفاءة في تقديم الخدمات الصحية لجميع أو أغلب المواطنين والمقيمين وأنه يوفر العدالة في تقديمها لمحتاجيها في المناطق المختلفة، ويسهم في الحفاظ على المكتسبات الصحية التي حققتها البلاد وتطويرها ومواكبة أحدث التقنيات الطبية، وتقنين استخدام الخدمات الصحية، هذا إلى جانب مشروعيته دينياً.

والتأمين الصحي هو نظام يجسد مفهوم التكافل والتعاون من ا موعة مع الفرد في تحمل تكاليف العناية الصحية التي يحتاجها، أي أنه يستهدف توزيع عبء التكلفة على أكبر عدد ممكن من الأفراد بدلا مـن تحميلـها شخـصاً واحداً. وهو يحقق المشاركة من ا موعة مع الفرد، ومن صاحب العمل مـع العامل، ومن الأصحاء مع المرضى، ومن الأثرياء مع الفقراء، ومـن ا تمـع ككل مع الفرد الذي يحتاج إلى الرعاية الصحية عند احتياجه لها.

مشكلة الدراسة:

إن التأمين عبارة عن عمل يسعى إلى توزيع الخطر على أكبر عدد ممكن من الأفراد؛ مقابل مبلغ بسيط من المال (يسمى قسط تأمين) يدفعه المؤمن له إلى شركة مختصة بالتأمين؛ تقوم بدورها بتحمل نتائج الخطر مقابل الأقساط التي تجمعها، وذلك بأن تدفع تعويضا عن الأضرار أو الخسائر التي تلحق بالمؤمن له بموجب عقد ينظم العلاقة بين الشركة والمؤمن له يسمى عقـد أو بوليـصة التأمين.

ومن هنا يمكن أن نعرف قسط التأمين بأنه المبلغ الذي يدفعه المـؤمن لـه شهريا أو سنويا حسب الاتفاق بين الطرفين، أو أن يتم دفع القـسط مـرة واحدة فقط عند التعاقد، كما في تأمينات الحياة ويسمى بالقسط الوحيـد، بحيث تقوم الشركة المؤمنة بمقتضاه بتحمل تبعة المخاطر المؤمن ضدها، وهذا القسط له علاقة وثيقة بالخطر المؤمن منه. ويتطلب ذلك معرفة مقدار احتمال حدوث الخطر موضع التأمين بحيث يتم تقدير الخطر تقديراً كميا، ومن الناحية الإحصائية، فإنه من المتعارف عليه أنه كلما زاد مقدار احتمال وقوع الخطر، أدى ذلك إلى زيادة قيمة القسط.

وبغض النظر عن كيفية دفع القسط فإنه يعد الأساس المتعارف عليـه في التغطية التأمينية حيث يتم دفعه مع بداية فترة التأمين ولا يعتبر الغطاء التأميني ساري المفعول دون دفع القسط. ولقسط التأمين أهميـة كـبرى في قـدرة منظمات التأمين على مواجهة التزاما ا المالية، كما أن لكل خطر قسطه المحدد له، ومن المعروف أن تنفيذ أي برنامج تأمين صحي ليس بالأمر السهل ويجب أخذ الكثير من العوامل بعين الاعتبار، وأحد هذه العوامل هو عامل تكلفـة التأمين أو المبلغ الذي يتوجب على حاملي البوليصة دفعه، لـذلك سـنتناول التأمين الصحي التعاوني من ناحية أهم عامل فيه وهو قسط التأمين، وهنـاك العديد من العوامل تحدد قيمة هذا القسط وتؤثر عليه، وسـنحاول في هـذه الدراسة التعرف عليها، وبناء على ذلك فإن مشكلة الدراسـة تـتلخص في الإجابة عن السؤال التالي:

ما العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني ؟

ولكن قبل ذلك ، وليسهل علينا الإجابة على هذا التساؤل سنتعرف أولاً على آراء المؤمن عليهم حول الأسباب التي قد تساهم في شراء وثيقة التأمين الصحي التعاوني ، وكذلك الأسباب التي قد تساهم في اختيار مستشفى معين للعلاج دون غيره .

تساؤلات الدراسة:

كما سبق أن ذكرنا فإن هذه الدراسة تحاول الإجابة عن السؤال الرئيس التالي:

ما العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني في مدينة الرياض ؟

وللإجابة عن هذا التساؤل الرئيس فإن ذلك يتطلب الإجابة عن التساؤلات الفرعية التالية:

١ – هل هناك علاقة بين المتغيرات الديموغرافية والمبلغ المدفوع للاشتراك في التأمين الصحي التعاوني ؟

٢ – هل هناك علاقة بين مؤشرات الحالة الصحية و قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني ؟

٣ – هل هناك علاقة بين قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني و تغطية تكاليف الخدمات الصحية ؟

٤- ما الأسباب التي قد تساهم في شراء وثيقة التأمين الصحي التعاوني لدى المؤمن عليهم ؟

٥- ما الأسباب التي قد تساهم في اختيار مستشفى معين للعلاج دون غيره ؟

أهمية الدراسة:

تنبع أهمية هذه الدراسة من أهمية الموضوع الذي تناقشه، وهو التأمين الصحي التعاوني، حيث بدأت أخيرا تتجه إليه الأنظار في المملكة العربية السعودية، خاصة بعد صدور اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، وهناك العديد من الأسباب التي تبين أهمية التأمين

الصحي التعاوني، فمع تزايد تكاليف الخدمات الصحية وتزايد الطلب على استهلاك الخدمات الصحية لعدة أسباب: مثل الارتفاع الكبير في معدل النمو السكاني، وتغير نمط الحياة وارتفاع مستوى الوعي الصحي، كذلك لتخفف الضغط عن المرافق العامة والمحافظة على جودة الخدمات الصحية ومواكبة التقنيات الحديثة، وتحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي وتوفير مصدر للتمويل وتوفير فرص عمل.

و يسهم نظام التأمين عند تطبيقه في حل مشكلة سوء استخدام الموارد الناتج عن تقديم الخدمة مجانا حيث لا يشعر المراجع بقيمة تلك الخدمة، كما أن مقدمي الخدمة لا يعون تكلفتها ولا يوجد رقيب عليهم في طريقة استخدامها، فلذلك ينتج سوء الاستخدام. وهو ما ينتظر من التأمين الصحي التعاوني القيام بالتقليل منه كظاهرة. ومن مزايا التأمين الصحي التعاوني تنامي شعور المواطن بالمسئولية عندما يساهم في دفع نسبة من تكاليف الخدمات الصحية المقدمة له، وتقوم جهة عمله بدفع النسبة الباقية.

وميزة أخرى للتأمين الصحي التعاوني وهي أنه سيسهم في رفع مـستوى الجودة لأن هيئة التأمين أو شركات التأمين لن تتعامل إلا مـع المستـشفيات ذات المستوى الجيد كما أنه قد تكون هنالك حرية للمريض لاختيار أكثر من مستشفى وبالتالي فإن المستشفيات ذات الجودة المتدنية لن تجد من يقـصدها من شركات التأمين أو من المرضى أنفسهم أو ممن ستحول عليهم الهيئة، ممـا يعني أن التأمين الصحي سيكون أحد الوسائل المحفزة للتنـافس في تحـسين مستوى أداء المستشفيات حيث ستسعى هذه المستشفيات جادة للحـصول على الاعتراف من الهيئات المحلية أو العالمية للجودة والنوعية المشتركة. [١]

و تبرز أهمية هذه الدراسة من خلال النقاط التالية:

أن التعرف على العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين ستحدد تكلفته وبذلك يسهل على أفراد ا تمع تقبل فكرة التأمين الصحي والإقبال عليه، ذلك سيحد من ارتفاع أسعار أقساط التأمين الصحي لدى شركات التأمين، كما تتضح أهمية هذه الدراسة فيما تتوصل إليه من اقتراحات يؤمل أن يتبناها

---

[1] من مقالة للدكتور محمد حسن مفتي، بعنوان الضمان الصحي بين المزايا والمحاذير، .www.moh.gov.sa/html/dpts/med_insure/ins_adv_disadv.html

المسئولون في بداية تطبيق نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية.

ويلاحظ أن القليل من الدراسات العربية ناقشت موضوع التأمين الصحي التعاوني ولكنها لم تتطرق إلى موضوع قسط التأمين والعوامل المؤثرة عليـه ، مما يعطي هذه الدراسة أهمية إضافية .

 أهداف الدراسة

تسعى هذه الدراسة إلى تحقيق عدة أهداف وهي:

١. التعرف على مدى تأثير العوامل الديموغرافية على قيمة قسط التـأمين الصحي التعاوني في المملكة.

٢. التعرف على مدى تأثير مؤشرات الحالة الصحية على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني في المملكة.

٣. التعرف على مدى تأثير تغطية تكاليف الخدمات الصحية على قيمـة قسط التأمين الصحي التعاوني في المملكة.

٤. التعرف على الأسباب التي قد تساهم في شراء وثيقة التأمين الـصحي التعاوني لدى المؤمن عليهم.

٥. التعرف على الأسباب التي قد تساهم في اختيار مستشفى معين للعلاج دون غيره.

٦. تقديم اقتراحات تساهم في وضع السياسات الـصحية والـسياسات التنفيذية لنظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية.

حدود الدراسة:

الحدود المكانية: يقتصر إجراء هذه الدراسة على المؤمن عليهم في المملكة العربية السعودية في مدينة الرياض.
الحدود العملية: تقتصر الدراسة على المؤمن عليهم فقط.
الحدود العلمية: تقتصر الدراسة على التعرف على العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني.

كذلك واجهت الباحثة بعض الصعوبات في العثور على دراسات عربية ومحلية عن التأمين الصحي، لذا كانت غالبية الدراسات أجنبية.

مصطلحات الدراسة:

يعرف **التأمين** بأنه عقد بين طرفين أحدهما يسمى المؤمن والثاني المؤمن له، ويلتزم فيه المؤمن بأن يؤدي إلى المؤمن له مبلغا من المال أو إيرادا مرتبا أو أي عوض مالي آخر، في حالة وقوع حادث أو تحقق خطر مبين في العقد، وذلك في مقابل قسط أو أية دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له إلى المؤمن. [٢]

وهناك من يفرق بين التأمين والضمان، فيعتبر أن التأمين الصحي: هو عقد بين الفرد أومن يمثله وشركة التأمين الصحي يقوم الفرد بموجبه بدفع قيمة متفـق عليها.

أما الضمان الصحي: فهو الكفالة والالتزام (المعجم الوسيط) وهو نظام يجسد مفهوم التكافل والتعاون بين أفراد المجتمع ليكون مجموعة تتحمل أعباء تكاليف الفرد الصحية عند احتياجه لذلك، وبذلك توزع عبء التكلفة على أكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع. [٣]

[2] مصطفى الزرقاء، نظام التأمين حقيقته والرأي الشرعي فيه، ص٢١
[3] www.moh.gov.sa/html/dpts/med_insure/ins_in_btween.html

التأمين الصحي التعاوني:

عرف الترتوري التأمين الصحي التعاوني بأنه عقد بين جماعة على التبرع بمقادير متساوية أو متفاوتة بغرض علاج من يمرض منهم من هذه الأموال.[٤]

قسط التأمين:

يعرف القسط بأنه المبلغ الذي يدفعه المؤمن له شهريا أو سنويا حسب الاتفاق بين الطرفين أو أن يتم دفع القسط مرة واحدة فقط عند التعاقد.

المؤمن:

وهو الطرف الأول في عقد التأمين وهو هيئة التأمين أي هو الذي يتعهد بدفع مبلغ إلى الطرف الثاني في حالة وقوع الخطر، ويمكن أن يكون المؤمن فرداً أو جمعية تعاونية أو شركة مساهمة أو غير ذلك.

المؤمن عليه:

وهو الطرف الثاني في عقد التأمين، والمستفيد من عقد التأمين في حالات كثيرة حيث يدفع المؤمن مبلغ التأمين له في حالة وقوع الخطر.

مبلغ التأمين:

وهو المبلغ الذي يدفعه المؤمن إلى المؤمن عليه أو المستفيد في حالة وقوع الخطر.[5]

العوامل الديمغرافية:

تشمل العوامل الديمغرافية المتغيرات التالية: العمر، الجنس، الجنسية، الحالة الاجتماعية، المهنة، المستوى التعليمي، الدخل الشهري، عدد أفراد الأسرة، طبيعة العمل وسنوات الخبرة.

---

[4] حسين الترتوري، التأمين الصحي في الفقه الإسلامي، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، السنة التاسعة، العدد ٣٦، ١٤١٨هـ.

[5] زياد رمضان، مبادئ التأمين دراسة عن واقع التأمين، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان ١٤١٩ هـ ص ١٠٥.

الفصل الثاني

أدبيات الدراسة

أدبيات الدراسة

يستعرض هذا الفصل أدبيات المعرفة حول التأمين بشكل عام، ثم الانتقال إلى التأمين الصحي التعاوني وتطبيقه في المملكة العربية السعودية، ومن ثم عـرض لبعض الدراسات حول هذا الموضوع.

مقدمة:

كما هو معلوم فإنّ حياة الإنسان منذ ظهوره على وجه الكرة الأرضية محفوفة بالمخاطر، وعرضة في كل لحظة للعديد من المخاطر التي قد تـصيبه في نفسه أو في ماله أو في ممتلكاته، وهذه المخاطر مواكبة وملازمة لحياة الإنسان بشكل دائم، ولذلك فإنّ الإنسان أينما كان وفي أي مجتمع حل يظهر في حالة اضطراب وقلق نفسي دائم ينجم عن مثل هذه المخاطر التي قد يتعرض لهـا، وهذا ما حدا بالإنسان ودفع به إلى السعي الدءوب والعمل المتواصل والجهد الحثيث على الدوام لبذل كافة المحاولات للتغلب على هذه المخاطر وتجنبـها وتلافي نتائجها، ومن جملة هذه المحاولات التي قام بها نجد ما يلي:[6]

١ – إنه سعى وعمل ولازال يعمل بشكل متواصل لصناعة كافة أنواع الأدوية التي تقيه من أخطار الأمراض وعواقبها الوخيمة.

٢ – إنه وضع أنظمة تخص السير والمرور من أجل تفـادي أخطـار الحوادث.

٣ – إنه حاول إيجاد نظام الحراسة الخاص الذي يقيـه مـن أخطـار المجرمين واللصوص.

٤ – قلل من استهلاكه للعديد من السلع لكي يتمكن من ادخار بعض النقود ليواجه بها أوقات الضيق والعوز والحاجة.

[6] محمد جودت ناصر، "إدارة أعمال التأمين"، ١٩٩٨م، ص١٦.

٥ – إنه سعى جاهدا للبحث عن المشاركة والتعاون في الأعمال من أجل تقاسم نتائج هذه الأعمال وتخفيف خسائرها في حال تعرضها لخطر معين ومن هنا بالذات جاءت فكرة (التأمين التبادلي).
٦ – إنه بذل كل ما لديه من قوة وسعى بكل إمكانياته لنقل الأخطار التي يتعرض لها وتحويلها لجهات أخرى، سواء كانت هذه الجهات شخصيات اعتبارية كشركات التأمين أم أشخاصاً عاديين كالأفراد، وذلك من أجل تخفيف عبء هذه المخاطر التي قد تثقل كاهله أو تودي به في حال تعرضه لها بمفرده، ومن هنا بالذات انبثقت فكرة (التأمين التجاري).

كما أن مبادئ الإسلام لم تكن لتحول دون ظهور أنواع شتى من التعاون تحقق المفهوم الذي يسعى إليه نظام التأمين، فهناك العديد من الآيات التي تدعو المسلمين إلى التعاون على البر والتقوى، قال تعالى " **وتعاونوا على البر والتقوى ولا تعاونوا على الإثم والعدوان واتقوا الله إن الله شديد العقاب".**[٧]

ولذلك ليس غريبا أن يكون مبدأ التكافل الاجتماعي دعامة أساسية من دعائم المجتمع الإسلامي، ويفهم التكافل هنا بأن تكون كل القوى الإنسانية في المجتمع متلاقية في المحافظة على مصالح الآحاد ودفع الأضرار، ثم في المحافظة على دفع الأضرار عن البناء الاجتماعي وإقامته على أسس سليمة. ولعل أبلغ تعبير لمعنى التكافل الاجتماعي قوله صلى الله عليه وسلم " المؤمن للمؤمن كالبنيان يشد بعضه بعضاً وقوله صلى الله عليه وسلم " **مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم كمثل الجسد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالحمى والسهر** ".

وبناء على مبدأ التكافل فلقد نظم الإسلام العلاقات في المجتمعات الصغيرة على أساس التعاون بين آحادها، فالقبيلة كلها متآزرة فيما بينها، يعين الغني الفقير، ويمد القادر العاجز بما يكفيه. وإذا كانت أموال الزكاة في قبيلة أو قرية

---
[7] سورة المائدة، الآية "٢".

لا تسد حاجة فقرائها وجبت على القرية أو القبيلة مجتمعة أن تجمع من المال ما تسد به حاجة الفقراء.

إن فكرة التعاون تحمل نفس المعنى الذي يهدف إليـه التـأمين في وقتنـا الحاضر وهي توزيع عبء الخطر عند تحققه لشخص معين على مجموعة كبيرة من الأشخاص المعرضين لنفس الخطر.

 أولا:نشأة التأمين وتطوره:

في عصور الحضارات القديمة كالإغريقيين والبابليين والآشوريين والهندوس، ازدهر التبادل التجاري فيما بينهم عن طريق البحر، ولكن مخـاطر القرصـنة البحرية، وغرق السفن البحرية حالت إلى حد ما من ازدهار هـذا التبـادل، فظهر ما يسمى بالقرض البحري للمحافظة على استمرار ازدهـار التبـادل التجاري المشار إليه، وتتلخص الفكرة التي يقوم عليها القرض البحري في أن يقوم صاحب السفينة أو الشحنة البحرية باقتراض مبلغ من المـال بـضمان السفينة أو الشحنة، من بعض الأشخاص المغامرين سموا بالمقرضين البحريين، ويتم الاتفاق فيما بينهما على أنه إذا ما وصلت السفينة أو الشحنة سالمة، فإنه سوف يحصل هذا المقرض بالإضافة إلى قيمة القرض على قيمـة إضـافية في صورة فائدة على القرض تحسب على أساس سعر فائدة مرتفع عـن سـعر الفائدة السائد في السوق بالنسبة للقروض العادية، ولكن في حال عدم وصول السفينة أو الشحنة سالمة يضيع على المقرض قيمة القرض وفوائده. واسـتمر القرض البحري بنفس الأسلوب في القرون الوسطى، وانتشر بين سائر الدول الأوروبية حتى أواخر القرن الثالث عشر.

ويرجع الشبه الكبير بين القرض البحري وبين التأمين في صورته الحديثة في أمور متعددة من أهمها:

- أنه بمقتضى عملية القرض السابقة يتم تحويل الخطر من صاحب السفينة أو البضاعة إلى شخص آخر وهو المقرض، وهذا ما يؤدي إليه نظـام التأمين الحديث.

- قيام المقرض بعقد عدد كبير من القروض البحرية، يعمل على تحقيـق قانون الأعداد الكبيرة، الذي يعتبر أساسا علميا سليما لتحقيق الهدف من التأمين.
- فرق القيمة بين سعر الفائدة العالية التي تحسب على القرض البحـري وسعر الفائدة العادي السائد في السوق، تعتبر بمثابة قسط التأمين.[٨]

وأعقب التأمين البحري بعد مدة طويلة التأمين البري الذي نشأ في إنكلترا خلال القرن السابع عشر، وأول أنواعه كان التأمين من الحريق وذلك عقب الحريق الكبير الذي شب في لندن عام ١٦٦٦م والتهم أكثر من ثلاثة عـشر ألف منزل ومئة كنيسة، وهكذا انتشر التأمين من الحريق بعدها في كل مـن إنكلترا وألمانيا وفرنسا والولايات المتحدة الأمريكية على نطاق واسع.[٩]

ثم ظهرت بعد ذلك صور جديدة للتأمين، أهمها التأمين مـن المـسئولية وحوادث العمل، وذلك بسبب انتشار الصناعة والآلات الميكانيكية وتعـرض العمال لمخاطرها، وتأمينات الحياة وتأمينات السرقة، كما أنه تأخر ظهور مثل هذه الأنواع من التأمين على الرغم من أهميتها، فمثلا، تأمينات الحياة تـأخر ظهورها نظرا لسوء الأحوال الصحية من جهـة ولـبعض القيـود الدينيـة والاجتماعية من جهة ثانية، ونظرا لعدم توفر الإحصائيات الكافية والدقيقـة عن الوفيات من جهة ثالثة.

ومن ثم انتشر هذا النوع من التأمين إلى كافة الدول الأوروبية وأمريكـا بفضل خبراء الرياضيات في التأمين الذين جدولوا الوفيات على أسس رياضية علمية، حيث ظهرت أول شركة للتأمين على الحياة في فرنسا عـام ١٧٨٧م ومن ثم تبعتها الولايات المتحدة الأمريكية حتى انتقل في وقتنـا الحاضـر إلى معظم دول المعمورة إن لم نقل كلها.

وتأمينات الحوادث تأخرت نسبيا في الظهور حتى تأسست أول مؤسـسة لضمان تأمينات الحوادث في لندن عام ١٨٤٠م، وفي فرنسا تأمينات المسئولية عام ١٨٢٣م، ومن ثم أعقبتها الأنواع الأخرى من التأمين مثل التأمين مـن

---

[8] إبراهيم عبد ربه و إبراهيم حمودة، التأمين ورياضياته، ١٩٩٧ م، ص٤٩-٥٠.
[9] بديعة غلاييني وعدنان ضناوي، التأمين من الخطر، ١٩٩٢م، ص١٠.

السرقة والتأمين من الإصابات أو ما يسمى بتأمينات الحوادث والمسئوليات المتنوعة، ومن ثم تأمينات النقل والسيارات.[١٠]

وقد نشأ التأمين الصحي تاريخيا مع التطورات العمالية من خلال تجميع الموارد ورصدها لضمان الحماية من مخاطر المرض، فقد شكل حرفيو أوروبا في العصور الوسطى نقابات الصناع التي أنشأت صناديق لدعم الأعضاء في أوقات العجز الناتج عن المرض، والتي يسهم فيها كل عضو بشكل دوري وتوسعت وتطورت هذه الصناديق مع التطور الصناعي، إذ ساد مفهوم مشاركة الخطورة التي تهدد دخل العامل بسبب المرض. وبدأت مجموعات العمال والمزارعين في منطقة واحدة بإنشاء صناديق المرض أو جمعيات الدعم التعاونية لهذا الغرض، وجمعت هذه الجمعيات مساهمات المشتركين لتوفير العون والدعم للأعضاء المحتاجين فقط وليس بهدف الربح أو الاستثمار، فقد كان المبدأ الأساسي لهذه الجمعيات هو التكافل؛ وفى بداية الأمر وفرت هذه الصناديق والجمعيات الدعم النقدي، ثم أخذت تتعاقد مع مقدمي الرعاية الصحية لرعاية أعضائها ثم طورت خدماتها الطبية الخاصة. ثم بادر أرباب العمل في المهن الخطرة مثل أعمال التنقيب بإلزام العمال في الاشتراك في هذه الجمعيات. ثم تنبه القادة السياسيون إلى فوائد تعميم هذه التنظيمات وكانت أول خطوة في ألمانيا عام ١٨٨٣م حيث سنت الدولة قانونا يقضى بإلزام العمال في صناعة محددة ممن يتقاضون دخلا أقل من مستوى معين ألزمتهم بالاشتراك في صندوق المرض؛ ويمول الصندوق بالمساهمة الإلزامية لكل من الموظف ورب العمل. ومن هنا نما التأمين الصحي كآلية للضمان الاجتماعي الإلزامي، وفي عام ١٨٨٧م بدأت النمسا التأمين الصحي، وتبعها النرويج عام ١٩٠٢م ثم بريطانيا عام ١٩١٠م، وفرنسا عام ١٩٢١م؛ وبحلول عام ١٩٣٠م عم التأمين الصحي الإلزامى معظم الدول الصناعية في أوربا تحت مسمى تأمين المرض والأمومة.[١١]

---

[10] محمد جودت ناصر، مرجع سابق، ص ٢٣- ٢٤.

[11] عبدا لمحسن الحيدر ومحمد التركي، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، ٢٠٠٢م، ص ٣٤-٣٥.

ثانيا: تعريف التأمين:

التأمين لغة من الأمن، وهو طمأنينة النفس وزوال الخوف.
وأصل الاشتقاق اللغوي هو: أمن أمنا وأمانا وأمنةً أي اطمـأن ولم يخـف، وبيتٌ آمن: أي ذو أمن كما قال الله تبارك وتعالى على لسان إبراهيم عليـه السلام: **(رب اجعل هذا البلد ءامنا)**.
واستأمن الحربي: أي استجار وطلب الأمان ودخل دار الإسلام فلا يعتـدى عليه مادام مستأمنا.
كما يرى أحمد ملحم أن التأمين لغة هو: إعطاء الأمن تماما كـالتعليم الذي هو إعطاء العلم ولما كان المراد بالأمن هو طمأنينة النفس وزوال الخوف فيصبح معنى التأمين اللغوي هو: إعطاء وتوفير الطمأنينـة للنفـوس وإزالـة الخوف.[١٢]
والتأمين لغة حسب رأي محمد ناصر: يعني الضمان والقدرة على درء الأخطار.[١٣]

تعريف التأمين اصطلاحا:

يفرق بعض الدارسين للتأمين بين التأمين كنظام، أو نظرية، أو فكـرة وبينه كعقد، أو تطبيق أو تصرف قانوني يحدد العلاقة بين الأطراف، وهنـاك من يرى أن التأمين فن، وسنقوم بعرض هذه التعريفات وتحليلها للتوصل إلى تعريف التأمين من وجهة نظر الباحثة.

١ – تعريف التأمين كنظام أو نظرية:

فمن التعاريف التي وردت للتأمين كنظام، أو نظرية تعريف عبد الرزاق السنهوري بأنه: (تعاون منظم تنظيما دقيقا بين عدد كبير من الناس معرضين جميعا لخطر واحد، حتى إذا تحقق الخطر، بالنسبة إلى بعضهم، تعاون الجميـع

---

12 أحمد ملحم، التأمين الإسلامي، ٢٠٠٢ م، ص١٩.
13محمد جودت ناصر، مرجع سابق، ص١٥

على مواجهته بتضحية قليلة يبذلها كل منهم يتلافون ا أضرارا جسيمة تحيق بمن نزل الخطر به منهم لولا هذا التعاون). [١٤]

أما مصطفى الزرقاء فقد عرفه في كتابه نظام التـأمين بأنـه: "نظـام تعاقدي يقوم على أساس المعاوضة، غايته التعاون على ترميم أضرار المخـاطر الطارئة بواسطة هيئات منظمة تزاول عقوده بصورة فنية قائمة علـى أسـس وقواعد إحصائية". [١٥]

ويرى محمد درويش أن التأمين نظام لإدارة الأخطار يهدف إلى تخفيف الحالة المعنوية غير المؤاتية التي تلازم المستأمن عند اتخاذ القرارات بتقليل عدم التأكد من نتائجها ويتم ذلك عن طريق نقل عبء أخطار معينة الى "المؤمن" الـذي يتعهد بتحملها في إطار من القواعد الفنية والقانونية". [١٦]

وترى ثناء طعيمة أن التأمين نظام يصمم ليقلل من ظـاهرة عـدم التأكـد الموجودة لدى المؤمن لهم؛ وذلك عن طريق نقل عبء أخطار معينة إلى المؤمن (شركة التأمين) والذي يتعهد بتعويض المؤمن له عن كل أو جزء من الخسارة المالية التي يتكبدها. [١٧]

وفي تعريف آخر: هو "نظام جماعي لتقليل الخطر، عن طريق تجميع عدد كاف من الوحدات المعرضة للخطر، بحيث تصبح الخسائر الفردية، التي قد تحل م، قابلة للتحديد. وبعد ذلك، يتم تقسيم هذه الخسائر المتوقعة على أساس نسبي، بين جميع المشتركين في النظام"[١٨].

نلاحظ أن هذه التعريفات اعتبرت التأمين نظاماً متكاملاً لإدارة الأخطار دون أن تورد الصفة القانونية له، ماعدا مصطفى الزرقاء عندما ذكر أنـه نظـام تعاقدي، ولذلك كان لا بد أن نبحث عن تعاريف أخرى أشمل للتأمين.

---

14 عبد اللطيف آل محمود، التأمين الاجتماعي في ضوء الشريعة الإسلامية، ص ٢٩.
15 مصطفى الزرقاء، نظام التأمين، ١٩٩٤م، ص٢١.
16 محمد كامل درويش، إدارة الأخطار واستراتيجيات التأمين المتطورة في ظل اتفاقية الجات، ١٩٩٦م، ص٧٠.
17 ثناء محمد طعيمة، محاسبة شركات التأمين، ٢٠٠٢ م، ص٥.
18 : رفيق يونس المصري، الخطر والتأمين، ٢٠٠١ م، ص ٣٤.

٢ – تعريف التأمين كعقد أو تطبيق:

وردت تعاريف كثيرة للتأمين من هذه الحيثية منها ما أوردته بعض القوانين، وهي بصدد تعريف التأمين التجاري، ومنها ما أورده الفقهاء والكتاب القانونيون.

أما التأمين من الناحية القانونية: فقد عرفت المادة (٧٤٧) من التقنين المدني المصري الحالي التأمين بقولها: "التأمين عقد يلزم المؤمن بمقتضاه، أن يؤدي إلى المؤمن له، أو إلى المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحة مبلغا من المال، أو إيرادا مرتبا أو أي عوض مالي آخر، في حالة وقوع الحادث أو تحقق الخطر المبين بالعقد وذلك نظير قسط أو أية دفعة مالية أخرى يؤديها المؤمن له للمؤمن ".[١٩]

وفي تعريف آخر: "التأمين عقد يتعهد بمقتضاه شخص بتعويض آخر، عن خسارة أو تلف أو مسئولية، تنشأ عن حادث عارض، أو غير معروف مقدما".[٢٠]

ويرى عبد السميع المصري أن التعريف الجامع المانع للتأمين يكون: التأمين عقد يلتزم المؤمن بمقتضاه أن يؤدي إلى المؤمن له أو إلى المستفيد الذي اشترط التأمين لصالحه مبلغا من المال أو إيرادا مرتبا أو أي عوض مالي آخر في حالة وقوع الحادث أو تحقق الخطر المبين بالعقد وذلك في نظير قسط أو أية دفعة مالية يؤديها المؤمن له للمؤمن ويتحمل المؤمن بمقتضاه تبعة مجموعة من المخاطر بإجراء المقاصة بينها وفقا لقوانين الإحصاء".[٢١]

ويلاحظ على هذا التعريف ما يلي:

- أن هذا التعريف ينطبق على كل أنواع التأمين المختلفة، فهو ينطبق على التأمين من الأضرار (بفرعيه، التأمين على الأشياء، والتأمين من المسئولية) وعلى التأمين على الاشخاص.
- أظهر هذا التعريف العناصر القانونية والفنية لعملية التأمين، فقد حدد أطراف العقد، والخطر المؤمن منه، والقسط، كما أبرز الناحية الفنية

---

19 عبد الله النجار، الوجيز في عقد التأمين، ١٩٩٧م، ص١٤.
20 : رفيق المصري، مرجع سابق، ص٣٣.
21 : عبد السميع المصري، التأمين الإسلامي بين النظرية والتطبيق، ١٩٨٧م، ص٧-٨.

لعملية التأمين والأسس التي تقوم عليها، وهى تجميع المخاطر المتـشا ة في الطبيعة والنوعية وإجراء المقاصة بينها وفقا لقوانين الإحصاء.[٢٢]

يتضح من التعريفات السابقة أن العملية التأمينية لها أطـراف وأغـراض وتتضمن حقوقاً والتزامات ولتحقيق أغراضها لابد من قيام المؤمن بمجموعـة من الترتيبات والإجراءات والعمليات والتنظيمات التي من شأ ا وفاؤه بما هو مطلوب منه.

٣ - التعريف الفني للتأمين:

وتعتبر نبيلة رسلان أن التأمين فن، وأنه فن التضامن عن طريق التعاون ومظهر الفن فيه أنه خلق من فكرة بسيطة ومنطقية وهي التعاون، [٢٣] ويـرى رفيـق المصري أن **التعريف الفني للتأمين:** هو "مشروع جماعي، لإحلال التأكد محل عدم التأكد، عن طريق تجميع الأخطار".[٢٤]
وجاء في الموسوعة البريطانية مترجما بأنه: "وسيلة اجتماعية يشترك فيها جمـع كبير من الناس بنظام مساهمة عادل يتحقق فيه تخفيف أو إزالة آثار المخاطر أو الأضرار الاقتصادية الشائعة بين أفرادهم ".[٢٥]

دراسة وتحليل لتعريفات التأمين وتحديد مفهومه:

١. تتفق جميع تعريفات التأمين بأنه اتفاق بين طرفين أحـدهما: شـركة التأمين وهي الجهة التي تدفع التعويض عند حصول الخطر المؤمن منـه. وثانيهما: المؤمن عليه (سواء أكان شخصا أو جهة معينـة كتـأمين مؤسسة من المؤسسات على ما لديها من السيارات مثلا)، الذي يدفع قسط التأمين للشركة على شكل دفعات أو دفعة واحدة، حيث يتفـق الطرفان على تحديد المبلغ الذي يجب على المؤمن عليه أن يدفعه لشركة التأمين وكيفية الدفع إذا ما كانت أقساطا أو دفعة واحدة أو دفعـات معينة. وهذا المبلغ يسمى: الاشتراك أو قسط التأمين ، كمـا يتفـق

---

[22] : رمضان أبو السعود، مرجع سابق، ص ٣٩.
[23] :نبيلة رسلان، أحكام التأمين، ١٩٩٧-١٩٩٨ م، ص٩.
[24] رفيق المصري، الخطر والتأمين، ٢٠٠١م، ص٣٣.
[25] أحمد ملحم، التأمين الإسلامي، ٢٠٠٢، ص ٢٠.

الطرفان على أسس التعويض التي يتم بناء عليها تحديد مقدار التعويض الذي تدفعه الشركة للمؤمن عليه، وفق شروط وتحديدات وثائق التأمين الصادرة عنها.

٢. أما غاية العقد فهي بالنسبة للشركة تحقيق الربح من خـلال ممارسـة التأمين التجاري ويتكون ربح الشركة من فائض عمليات التأمين بعـد دفع التعويضات والمصاريف الإدارية والعمومية، أوقد تكـون غايتـه التعاون على تحمل أعباء ا موعة.

٣. أما المؤمن له فغايته الحصول على تعويض مالي يعينه على ترميم آثـار الخطر المؤمن منه عند حصوله.

٤. أما المؤمن منه فهو الخطر المحتمل كالحوادث بالنسبة للسيارات، والتلف بالنسبة للمواد، والموت أو الإصابة التي تـؤدي إلى العجـز بالنـسبة للأشخاص.[٢٦]

وبناء عليه فيمكن تعريف عقد التأمين بأنه: اتفاق بين طرفين الأول: المـؤمن (شركة التأمين) والثاني: المؤمن عليه يلتزم بموجبه المؤمن عليه بدفع مبلغ مالي معين للمؤمن مقابل التزام الأخير بدفع التعويض المتفق عليه للأول أو لمن يعينه عند تحقق الخطر الاحتمالي المؤمن منه وفق أسس خاصة.

 ثالثا:أركان التأمين:

من خلال تعريف التأمين يتضح لنا أنه يقوم على عدة أركـان أساسـية، ولكن اختلف الكتاب في تحديد عدد هذه الأركان رغم أ م تقريبا اتفقوا على مضمو ا، فمثلا يرى أحمد ملحم أن أركان التأمين ثلاثة هي **الخطر** و**قسط التأمين** و**مبلغ التأمين**، أما عبد الله النجار فيضيف إليها ركناً رابعـاً وهـو **المصلحة** في **التأمين**، أما محمد ناصر، و إبراهيم عبد ربه وحموده فيـضيفون ركناً خامساً وهو **مدة التأمين**، أما ابن سعيد فيضيف **طرفا العقد** و**محل عقد**

---

26 أحمد ملحم، التأمين الإسلامي، ٢٠٠٢، ص ٢٢.

التأمين كأركان أساسية في التأمين، وبناء على ذلك سنقوم بـشرح أركـان التأمين كالتالي:

الركن الأول: الخطر:

يعتبر الخطر أهم عنصر في التأمين، وهو محل التزام كل من المؤمن لـه والمؤمن، فالمؤمن له يلتزم بدفع الأقساط في مقابل تأمين نفسه مـن الخطـر، والمؤمن يلتزم بدفع مبلغ التأمين لتأمين المؤمن له من الخطر، ويعرف الخطـر بأنه: (كل حادث محتمل الوقوع لا يتوقف وقوعه على محض إرادة المؤمن أو المؤمن له، أو المستفيد من التأمين.[27]

ومن تعريف الخطر نلاحظ وجود ثلاثة عناصر للخطر:

١. **الخطر حادث محتمل الوقوع:** والاحتمال في الخطر يفترض أن يكون الحادث المكون له مستقبلا، وأن يكون غير محقق الوقوع.
٢. **عدم توقف وقوع الخطر على محض إرادة أحد طرفي العقد:** إذا كان تحقق الخطر متوقفا على محض إرادة أحد الطرفين فإن عنصر الاحتمال ينتفي، ويصبح تحقق الخطر رهنا بمشيئة هذا الطرف، ولهذا فإنه لا يجوز التأمين من الخطر العمدي، لأن تحقق الخطر فيه مرجعه إرادة المؤمن له، والعمد يعدم الخطر وبالتالي تنتفي فكرة الاحتمال الذي هو أساس الخطر.
٣. **مشروعية الخطر:** يشترط في الخطر المؤمن منه أن يكون مشروعا بمعنى أن تكون المصلحة أو المحل الوارد عليه التأمين قابلا له مـن الناحيـة القانونية وغير مخالف للنظام العام والآداب العامة.

وبما أن التأمين أحد وسائل مواجهة المخاطر، فهذا يعني أن شراء التـأمين يعني مبادلة حالة المخاطرة المالية بالحالة المؤكدة من الناحية النظرية عن طريق التعويض الذي تضمنه شركات التأمين، سواء كان ذلك التأمين تأمينا ذاتيا أو تجاريا أو حكوميا أو تعاونيا. وتكون هذه المبادلة ضمن شروط محدودة يتفق عليها كل من المؤمن عليه وشركة التأمين ضمن عقـد التـأمين القـانوني

---

[27] عبد الله النجار، مرجع سابق ص٣٤.

التعويضي، وهذا يعني نقل الخطر من الفرد إلى الجماعة، وتوزيع الخسائر على أعضاء البرنامج التأميني.

ومن المعروف أن قيمة التأمين ترتبط ارتباطا موجبا بدرجة المخاطرة، ولذلك فان القدرة على التنبؤ الدقيق بالخسائر المستقبلية له دور كبير في نجاح بعض شركات التأمين التي تستطيع أن تمتلك هذه القدرة، في حين أن الشركات الأخرى التي لا تملك هذه القدرة أو التي تملها تكون دائما هي الشركات المعرضة للانهيار أو الفشل في أداء مهامها.[٢٨]

الركن الثاني: قسط التأمين:

القسط هو البدل المالي الذي يلتزم المضمون بدفعة لتغطية الخطر الذي يأخذه الضامن على عاتقه، فهو يمثل ثمن التأمين أو بالأحرى ثمن الخسارة أو مقابل الخطر، والقسط في التأمين عنصر جوهري له أهميته كما للخطر أهميته فوجود القسط لازم لقيام التأمين و إلا اعتبر عقد التأمين باطلا، لذا يجب أن يكون القسط معبرا بدقة عن قيمة الخطر، ومن أجل ذلك فإنه يتحدد على أساس قواعد الإحصاء.

و لتحديد القسط الصافي ينظر إلى عدة عوامل:

- عامل الخطر: و هو عنصر أساسي يتوقف عليه تحديد مقدار القسط الذي يتوجب على المضمون دفعه والقسط يتحدد بالنظر إلى احتمال تحقق الخطر المراد التأمين ضده وكذلك بالنظر إلى جسامته.
- مبلغ التأمين: طبعا كلما زاد مقدار مبلغ التأمين الواجب دفعه للمتضرر كلما زاد مقدار القسط الواجب دفعه للشركة.
- مدة التأمين: وذلك لأن عقد التأمين هو من العقود التي تمتد في الزمان، فمن الطبيعي أن يؤخذ بعين الاعتبار فترة التأمين.
- سعر الفائدة: يتوقف تحديد مقدار القسط كذلك على عامل آخر، وهو عامل مالي هو سعر الفائدة، فالأقساط تدفع سلفا للشركة وتظل خلال مدة من الزمن في يدها قبل استخدامها في تغطية آثار الكوارث؛ ولهذا

---

[28] العمر، بدران عبد الرحمن، الخطر والتأمين في القطاع الصحي، تجارة الرياض، العدد ٤٧١، ديسمبر ٢٠٠١م.

فان المؤمن يستطيع خلال المدة المذكورة استغلال تلك الأموال ويحصل من ورائها على فائدة تحقق له إيرادا، ولهذا النشاط المالي أثره في إنقاص مقدار القسط، ذلك أن الفوائد التي يجنيها المؤمن تعينه على مواجهة المصروفات العامة.[٢٩]

و بالرغم من أن مقدار احتمال وقوع خطر معين يكون هو العامل الأساسي في تحديد قسط التأمين الذي يجب دفعه للتأمين ضده إلا أن هناك عوامل أخرى يجب أن تؤخذ كذلك في الاعتبار عند تحديده، حيث يجب أن تتوفر الشروط الآتية في قسط التأمين:

١. أن يكون القسط كافيا لتغطية الخسارة المتوقع حدوثها بسبب الخطر المؤمن ضده، والمصروفات الإدارية والعمولة التي يتحملها المؤمن في سبيل قيامه بعمله، وربحا معقولا لهيئات التأمين التجارية.
٢. أن يكون القسط متناسقا وعادلا، بمعنى أن كل مؤمن له يجب أن يتناسب ما يدفعه للمؤمن مع مقدار الخطر المؤمن ضده؛ فيدفع المؤمن له الذي يكون احتمال وقوع الخطر ضده كبيرا قسطا يفوق القسط الذي يدفعه شخص آخر يكون احتمال وقوع الخطر ضده صغيرا، أي يجب أن تراعى العدالة وعدم المحاباة بالنسبة للعملاء. وتحقيق هذا الشرط يتطلب تحديد الأسس التي يمكن أن يختلف قسط التأمين بناءً عليها، ومثلا في التأمين على الحريق يمكن أن يختلف قسط التأمين بحسب موضوع التأمين ونوعه هل هو بناء أو بضاعة، وكذلك بالنسبة للمباني يختلف قسط التأمين بحسب نوع المبني والمواد التي تدخل في تركيبه وعدد أدواره واستعمال كل دور منها، وبالنسبة للبضائع يختلف قسط التأمين ضد الحريق تبعا لنوع البضاعة والمواد الأولية المستخدمة فيها ودرجة قابليتها للاحتراق.
٣. أن يساعد القسط المحدد شركة التامين على المنافسة لاجتذاب العملاء، على أنه يجب ألا يضحي شرط الكفاية من أجل شرط

---

[29] بديعة غلاييني وعدنان ضناوي، مرجع سابق ص٩٠-٩٤.

المنافسة؛ فالقسط يجب ألا يقل بأي حال من الأحوال عن الحد الذي يكفي لتغطية الخطر كما سبق أن وضـحنا في الـشرط الأول. ونظرا لأن المنافسة بين شركات التأمين قد تدفع ا إلى الإضرار بمصالحها؛ ولذلك تتجه شركات التأمين غالبا إلى عقد الاتفاقيات فيما بينها، أو تكوّن اتحادات لها تكون غايتها توحيد أسعار التأمين.[٣٠]

الركن الثالث: مبلغ التأمين:

المراد بمبلغ التأمين وهو ذلك المبلغ الذي يمثل التزام المؤمن عند وقوع الخطر المؤمن منه، أو عند وقوع الحادث المؤمن منه، وهذا الالتزام هو ما يقابل التزام المؤمن له بدفع قسط التأمين، ولهذا كان مرتبطا به ومتناسبا معه، وكلما ارتفع المبلغ ارتفع القسط تبعا له. ويعتبر مبلغ التأمين دينا في ذمة المؤمن، وقد يكون هذا الدين مضافا إلى أجل غير معين، كما في التأمين على الحياة لحـال الوفاة، لأن أجل الموت لا يعرف أحد وقوعه، وقد يكون دينا احتماليا كمـا في حالة التأمين على الأشياء من الحريق أو التأمين من المـسئولية، حيـث أن الخطر المؤمن منه في تلك الحالات أمر غير محقق الوقوع، ومن ثم كان مبلـغ التأمين يمثل دينا احتماليا تبعا لاحتمال الخطر.[٣١]

الركن الرابع: مدة التأمين:

ويشمل اتفاق طرفا التعاقد في وثيقة التأمين، على تاريخ بداية سريان الوثيقة وتاريخ انتهاء سريا ا أي يتم تحديد المدة التي يتمتع المؤمن له خلالها بالتغطية التأمينية من قبل المؤمن، على أن يكون ذلك مقرونا بساعة معينة.

فإذا مالخامس:خطر المؤمن منه خلال هذه المدة (على أن يكون ذلك مقرونا بدفع قسط التأمين المتفق عليه) استحق المؤمن له أو المستفيد مبلغ التأمين أو قيمة التعويض، وقد تطول مدة التأمين المتفق عليها لسنوات عديدة تتـراوح مابين ٥ – ٢٠ سنة كما هو الحال في التأمينات طويلة الأجـل كتأمينـات الحياة، وقد تقتصر على سنة واحدة تتجدد تلقائيا كما هو الحال في تأمينات

---

[30] هيكل، عبد العزيز فهمي، مقدمة في التأمين، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٨٠م.ص ٨٥_٨٧.
[31] أحمد ملحم، مرجع سابق، ٢٠٠٠م، ص٢٢.

الممتلكات والمسئولية المدنية، وقد تقتصر هذه المدة على أيـام معـدودة أو لساعات محدودة كما هو الحال في تأمين الرحلة في التأمين البحري او تـأمين حوادث الطيران.[٣٢]

الركن الخامس : المصلحة في التأمين :

والمصلالسادس:تأمين يمكن تعريفها: بأ ا فائـدة جديـة ومـشروعة للمؤمن له من عدم تحقق الخطر المراد التأمين منه، ومن أركان عقد التـأمين المصلحة، حيث استلزمت المادة ٧٤٩ من التقنين المدني المصري أن يكون محلا للتأمين كل مصلحة اقتصادية مشروعة تعود على الشخص من عدم وقـوع خطر معين، ورغم أن هذا النص يشير بوضوح إلى أن المـصلحة ركـن في التأمين، إلا أن خلافا نشأ في الفقه حول معنى كلمة "اقتصادية" التي اقترنـت بالمصلحة في هذا النص، فشكك البعض في كون المصلحة ركنا من أركـان عقد التأمين على الأشخاص، باعتبار أن الصياغة الحالية تقصر وجود المصلحة على التأمين من الأضرار، إلا أنه يتعين أن تكون المصلحة شرطا أو ركنـا في عقد التأمين أيا كان نوعه، وأن المصلحة هي التي تكفل التمييز بين التـأمين والمقامرة أو الرهان، ويجب أن تكون المصلحة جدية، وإلا انقلب العقـد إلى مضاربة غير مشروعة.[٣٣]

الركن السادس : طرفا العقد " المؤمن والمؤمن عليه " :

حيث أن المؤمن ركن أساسي من أركان عقد التأمين، فهو الطـرف الذي يأخذ على عاتقة التعويض عند تعرض الطرف الآخر (المؤمن له) لحادث أو كارثة.

وأيضا يعد المؤمن عليه الركن الأساسي الآخر من أركان عقد التأمين، فهـو الطرف الذي يطلب التمتع بحماية التأمين له من الأخطار أو الحوادث من قبل المؤمن مقابل سداد أقساط دورية أو اشتراك سنوي، و ذا يكون المؤمن لـه ملزما بدفع تلك الأقساط خلال فترة تغطية التأمين، وعلى هذا الأساس، فإنه

---

[32] إبراهيم عبد ربه وإبراهيم حمودة، مرجع سابق، ١٩٩٧م، ص ٧٧.
[33] عبد الله النجار، مرجع سابق ص٦٣-٧١

لابد من وجود الإيجاب والقبول بين المؤمن والمؤمن عليه، وأن يكون هنـاك اتحاد بين إرادتي المتعاقدين.

الركن السابع: محل عقد التأمين:

اختلف الكتاب في تحديد محل عقد التأمين حيث أكد البعض أن محل عقد التأمين هو المصلحة التأمينية المشروعة والمنبثقة من منظور اقتـصادي، والـتي تربط المؤمن له بالشيء المؤمن عليه، ويشترط لمحل العقد أن يكون موجـودا وقت التعاقد أو ممكن الوجود في المستقبل خلال فترة نفاذ العقد، فلا يجـوز التأمين على بضاعة في البحر قد تلفت. كما يشترط أن يكون محل التـأمين معينا بخصائصه وأوصافه التي يتميز ا عن غيره. ويشترط أيضا أن يكون محل عقد التأمين مشروعا حيث أنه لا يجوز التأمين على أموال مسروقة أو علـى تجارة مخدرات أو أمور أخرى غير شرعية.[٣٤]

 رابعا:خصائص عقد التأمين

يتفق غالبية الكتاب على خصائص عقد التأمين، حيث يلاحظ أن عقد التأمين يتميز بالخصائص الآتية:

١. **عقد التأمين من العقود الرضائية:** يعد عقد التأمين من العقـود الرضائية التي لا تحتاج في انعقادها إلى شكل خاص، حيث يكفي الإيجاب والقبول من أطراف العقد لانعقاده.[٣٥]
٢. **عقد التأمين من العقود الملزمة للجـانبين:** فهنـاك التزامـان متقابلان، حيث يلتزم أحد طرفي العقد بدفع أقساط التـأمين، ويلتزم الطرف الثاني بدفع عوض التأمين عند تحقق الخطر المؤمن منه، فهو بذلك من العقود الملزمة للجانبين.[٣٦]

34 خالد بن سعيد، التأمين الصحي التعاوني، ص ٨٠-٨١.
35 رمضان أبو السعود، مرجع سابق، ص٣٩٣-٤٠١.
36 بديعة غلابيني وعدنان ضناوي، مرجع سابق، ص ٥٠.

٣. **عقد التأمين من عقود المعاوضة:** فكل من المتعاقدين يأخذ مقابلا لما أعطي، فالمؤمن يأخذ أقساط التأمين التي يدفعها له المؤمن له، والأخير أخذ في مقابلها عوض التأمين عند تحقق الخطر، ويظل عقد التأمين من عقود المعارضة حتى لو لم يكن المؤمن له هو المستفيد من التأمين وإنما كان ذلك شخص آخر، فمثل هذا الاشتراط لمصلحة الغير لا يؤثر في طبيعة العقد، فالمهم هو في وجود المقابل سواء قبضه المؤمن له أم شخص آخر اشترط التأمين لصالحه.[٣٧]

٤. **عقد التأمين من العقود الاحتمالية:** العقد الاحتمالي هو ذلك العقد الذي لا يعرف العاقد فيه مقدما مقدار ما يعطى أو مقدار ما يأخذ، وهذا ما يتحقق في عقد التأمين، ولذلك صنفه المشرع ضمن عقود الغرر أو العقود الاحتمالية بعد المقامرة والرهان والإيراد المرتب مدى الحياة. ففي عقد التأمين لا يعرف المؤمن مقدما ما سوف يأخذه من أقساط من المؤمن له لتوقف ذلك على واقعة غير محققة أو احتمالية هي الكارثة أو تحقق الخطر المؤمن منه، هذه الصفة الاحتمالية لعقد التأمين تعد من أبرز خصائص هذا العقد، فالاحتمال هو جوهر التأمين، وعلى ذلك إذا انتفى الاحتمال وقت العقد وقع التأمين باطلا، وأيضا إذا زال الاحتمال أثناء سريان العقد، انقضى التأمين بقوة القانون [٣٨]

٥. **عقد التأمين من العقود الزمنية أو من العقود المستمرة:** من الملاحظ أن عقد التأمين إنما يعقد لزمن معين، فالتزامات أحد طرفيه أو كليهما هي أداءات مستمرة في الزمن، فالزمن عنصر جوهري في هذا العقد، حيث يلتزم المؤمن لمدة معينة، أي يضمن الخطر المؤمن منه طوال مدة التأمين بشكل مستمر، كما أن التزام المؤمن له بدفع القسط هو التزام متكرر في فترات منتظمة خلال مدة العقد.[٣٩]

---

[37] عبد الله النجار، مرجع سابق، ص ٩٠.
[38] احمد ملحم، مرجع سابق، ص ١٧.
[39] نبيلة رسلان، مرجع سابق، ص٥٥.

٦. **عقد التأمين من عقود الإذعان:** عقد الإذعان هو ذلك العقد الذي لا يتحقق فيه التوازن الاقتصادي بين مركز المتعاقدين، ولاشك في انتماء عقد التأمين لتلك الطائفة من العقود، فالمؤمن هو الطرف القوي ولا يملك المؤمن له إلا أن يقبل الشروط التي وضعها المؤمن دون مناقشة أو تعديل، وهي شروط مطبوعة ومعروضة على الكافة.[٤٠]

٧. **عقد التأمين من عقود حسن النية:** إذا وصف عقد التأمين بأنه من عقود حسن النية، فإن حسن النية هنا لا يقصد به المعنى المألوف الوارد في الأحكام العامة للعقود، وإنما يقصد بحسن النية هنا، أن الدور الذي يلعبه حسن النية في عقد التأمين يتجاوز بكثير الدور الذي يلعبه في أي عقد آخر. والسبب في ذلك أن المؤمن ليس باستطاعته أن يحيط إحاطة حقيقية واقعية بطبيعة الخطر المؤمن منه وقدر جسامته وأوصافه إلا عن طريق ما يدلى به المؤمن له من بيانات عند طلبه للتأمين. ولذلك يجب أن يكون المؤمن له أمينا وحسن النية في الإدلاء بهذه البيانات وذلك قبل انعقاد العقد.[٤١]

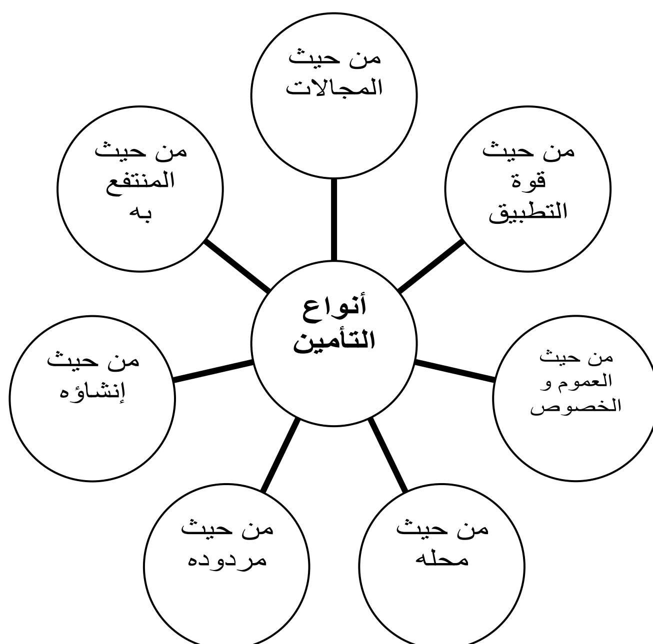
٨. **عقد التأمين قد يكون عملا مدنيا أو تجاريا:** يعد التأمين عملا مدنيا أو عملا تجاريا حسب صفة كل من طرفي العقد، والعقد قد يكون مدنيا بالنسبة لطرف وتجاريا بالنسبة للآخر. فبالنسبة للمؤمن يعد التأمين عملا تجاريا دائما إلا إذا كان تأمين تعاونيً، أما بالنسبة للمؤمن له فلا يعد التأمين عملا تجاريا بالنسبة له إلا إذا كان تاجرا وكان التأمين متعلقا بأعماله التجاريه.[٤٢]

---

40 رمضان أبو السعود، مرجع سابق، ص٣٩٨.
41 رمضان أبو السعود، مرجع سابق، ص٤٠٠.
42 نبيلة رسلان، مرجع سابق، ص ٥٦.

 خامسا:أنواع التأمين

يمكن تقسيم التأمين إما من حيث ا ال الذي يوجد فيه المؤمن عليـه، أو من حيث قوة التطبيق، أو من حيث العموم والخصوص، أو من حيث محله، أو من حيث المنتفع به، أو من حيث إنشاؤه، أو من حيث مـردوده، وسـنقوم بتوضيح كل منها فيما يلي:



شكل (١) أنواع التأمين

١.من حيث ا الات:

يقسم التأمين من حيث ا ال، الذي يوجد فيه المؤمن عليه، إلى ثلاثة أقسام:

 **التأمين البحري:** ويكون على جسم السفينة أو حمولتها من البضائع أو هما معا، ويشمل النقل عن طريق البحر أو الأ ار والقنوات.

 **التأمين البري:** ويقصد به التأمين لما يصيب الأشخاص في أجسامهم أو أموالهم، سواء كانت (الأموال) للمستأمن أو لغيره.

 **التأمين الجوي** ويقصد به التأمين لما يصيب المراكـب الجويـة، مـن حوادث أثناء رحلا ا، أو في موانئها.[٤٣]

[43] عبد اللطيف آل محمود، مرجع سابق، ص٣٩.

٢. من حيث قوة التطبيق

ينقسم التأمين من حيث قوة التطبيق إلى قسمين:

- **التأمين الاختياري:** وهو التأمين الذي يقبل عليه الأشخاص من تلقاء أنفسهم لخدمة مصلحة من مصالحهم دون أن تلزمهم الدولة بذلك، كالتأمين للحياة والتأمين للسرقة وللدين.
- **التأمين الإجباري:** وهو التأمين الذي يقبل عليه الأشخاص بإلزام من الدولة من غير اختيار، سواء كان التأمين لدى جهة عامة تقيمها الدولة أو جهة خاصة، كالتأمين الاجتماعي، ونظام التقاعد والمعاشات الحكومي، وكالتأمين لحوادث السيارات.[٤٤]

٣. من حيث العموم والخصوص:

ينقسم التأمين ، من حيث العموم والخصوص ، إلى قسمين :

- **التأمين العام:** وهو التأمين الذي تباشره المنشآت والهيئات العامة التي تقيمها الدولة ويصدر بتنظيمه قانون، وغالبا ما يكون مقتصرا عليها دون أن يسمح لغيرها بمزاولته. والدول تقيم هذه المنشآت والهيئات العامة لتطبيق التأمين الاجتماعي غالبا، ولذلك يطلق عليه البعض اسم التأمين الاجتماعي في مقابل التأمين الخاص.
- **التأمين الخاص:** وهو التأمين الذي تباشره منشآت وهيئات مملوكة للأفراد، أو مجموعة منهم، أو للدولة في صورة شركات أو جمعيات يحكمها القانون الخاص الذي ينظم المعاملات المالية في الدولة (القانون المدني وقانون التجارة.[٤٥]

٤. **من حيث محله (موضوعه):**

ينقسم التأمين من حيث محله أو موضوعه إلى أقسام ثلاثة:

- **التأمين على الأشخاص:** وهو التأمين الذي يقصد به حصول المستأمن، أو المستفيد عنه، على مقابل لما دفعه إذا حصل ضرر أو

44 نفس المرجع، ص ٤١

45 نبيلة رسلان، مرجع سابق، ص ٢٤.

خطر على شخصه، وهذا القسم على أنواع: مثل التـأمين علـى الحياة، والتأمين للمرض وهو أن يتعهد المؤمن بـدفع مـصاريف العلاج والتشخيص والعمليات الجراحية، وغير ذلك ممـا يحتاجـه المؤمن له عند مرضه أو بعضها، و التأمين للإصابات: وهو أن يتعهد المؤمن بدفع مبلغ معين دفعة واحده، أو على أقـساط، في حالـة حدوث إصابات خارجية على جسم المـؤمن لـه، بالإضـافة إلى مصاريف العلاج والأدوية، كلها أو بعضها، حسب الاتفاق، وهو تأمين للأشخاص بصفة رئيسية وتأمين للأضرار بصفة ثانوية.

- **التأمين على الأشياء:**

وهو التأمين على ما يملكه المؤمن له.

- **التأمين للمسئولية:**

ويمكن أن نطلق عليه التأمين للذمة، وهو التأمين لذمة المؤمن له فيتحمل المؤمن ما يجب على المؤمن له تجاه الغير في حالة حدوث ضرر منه عليه، كالتـأمين للمسئولية عن حوادث السيارة، فإذا وقع ضرر على الغير التزم المؤمن بدفع ما يترتب عليه من تعويض للمضرور دون أن يتحمل المؤمن له أي تبعة مالية.[٤٦]

٥. من حيث مردوده

وينقسم التامين من حيث مردوده إلى ثلاثة أقسام:

- **تأمين تعويضي:** وهو الذي يتعهد فيه المؤمن بدفع قيمـة الأضـرار الواقعة على محل التأمين للمؤمن له، ومسئوليته تتحدد بقيمة الضرر اللاحق فقط، فلو أمن شخص على مـ له عن مئة ألف ريال وشب فيه حريق وتكلف إصلاحه ألف ريال فقط، فان المؤمن لا يدفع إلا المبلغ الأخير.
- **تأمين غير تعويضي:** وهو الذي يتعهد فيه المؤمن بدفع المبلغ الذي تم الاتفاق عليه عند حدوث الشرط المعلق عليه العقد، دون نظر إلى نوعية الضرر أو مقداره.

---

[46] محمد جودت، مرجع سابق، ص ٩٧.

- **تأمين مزدوج:** نجد نوعا من التأمين مشتركا بين التعويضي وغـير التعويضي، وهو التأمين للمرض والإصابات من تأمين الأشخاص إذ يلتزم المؤمن بدفع مبلغ التأمين عند حدوث المرض والإصابة، كمـا يدفع قيمة الأضرار الواقعة من مصاريف العلاج ونحوها.[٤٧]

٦. من حيث إنشاؤه

ينقسم التأمين من حيث إنشاؤه إلى قسمين:

- **التأمين التجاري:** وهو التأمين الذي يقوم به أفـراد، أو هيئـات، أو شركات أو جمعيات عامة مملوكة للدولة، أو خاصة مملوكـة للأفـراد بقصد تحقيق الربح الذي يعود على القائمين به.
- **التأمين غير التجاري :**وهو الذي يقوم به الأفراد، أو الـشركات، أو الجمعيات أو الدولة لا بقصد تحقيق الأرباح المالية وإنما لتحقيق مصلحة عامة للمجتمع، أو لطائفة من طوائفه، أو مجموعة منهم، أو مـصلحة خاصة، وهو يتنوع إلى أنواع:

أ – التأمين الذاتي: وهو التأمين الذي يقوم به المستأمن بنفسه للتخلص مـن الشروط ا حفة.

ب – التأمين التبادلي: وهو التأمين الذي تقوم به مجموعة من الأفراد بـدور المستأمن والمؤمن، فيتفقون على تعويض الأضرار التي قد تصيب أحـدهم إذا تحقق خطر معين والمسئولية فيه غير محددة.

جـ - التأمين التعاوني: وهو الذي تقوم به الجمعيات التعاونية لأعـضائها ولغيرهم، وهو شبيه بالتأمين التبادلي ويختلف عنه من وجوه:

- يكون للهيئات التعاونية رأس مال وليس للهيئات التبادلية رأس مال.
- مسئولية العضو في الهيئات التعاونية محدودة بقيمة القسط المدفوع وليست محدودة في الهيئات التبادلية.
- مسئولية الهيئات التعاونية كمؤمن محدودة بقيمة رأس مالها –غير المحدود – ومسئولية الهيئات التبادلية غير محدودة.

[47] عبد اللطيف آل محمود، مرجع سابق، ص٤٤.

هـ - التأمين الاجتماعي: وهو الذي تقوم به الدولة غالبا بقصد حماية أصحاب الدخل المأجور وأسرهم عند عجزهم عن العمل، أو بلوغهم سن التقاعد أو الوفاة، أو حصول بطالة قسرية، أو المرض، أو أضرار العمل أو غيرها.[٤٨]

٧. من حيث المنتفع به

وينقسم من حيث المنتفع به إلى ثلاثة أقسام:

- **التأمين المشترك: نفس** وهو التأمين الذي يستفيد منه دافع القسط، كالتأمين للمرض والإصابات وللمسئولية، والتأمين على الحياة للبقاء، والتأمين على الأشياء.
- **التأمين لمصلحة الغير** وهو التأمين الذي يستفيد منه غير دافع القسط، كمن يؤمن على حياة ولده أو زوجه أو مدينه.
- **التأمين المشترك:** وهو التأمين الذي يجمع بين مزايا التأمين لمصلحة النفس، ولمصلحة الغير، فيعود النفع على المستأمن في حياته وعلى غيره بعد وفاته.[٤٩]

48 عبد اللطيف آل محمود، مرجع سابق، ص ٤٥-٤٦.
49 نفس المرجع، ص ٤٧.

التأمين الصحي التعاوني

بعد أن ألقينا نظرة عامة على التأمين سنقوم بتخصيص هذا الجزء عن التأمين الصحي و خاصة التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، وسنتناول الموضوعات التالية: نشأة التأمين الصحي، تعريف التأمين الصحي، أنواع التأمين الصحي، و أنواع تغطية التأمين الصحي، فلسفة التأمين الصحي، ثم ننتقل إلى تطبيق التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، ومبررات ودوافع تطبيق التأمين الصحي، وأهداف تطبيق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية، وأخيراً الصعوبات التي تواجه تطبيق التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية.

نشأة التأمين الصحي:

في القرون الوسطى، قام أصحاب الحرف في بعـض الـدول الأوروبيـة بتشكيل نقابات سعت إلى إنشاء مؤسسات تساعد الأعضاء أوقات محنتـهم عند الإصابة بالمرض، وفى القرن الثامن عشر بدأ تأسيس جمعيات للخـدمات التعاونية تحت مسميات مختلفة (مثل جمعيات الصداقة، صـناديق أصـدقاء المرضى).

وفى عام ١٨٨٣م، قامت الدولة الألمانية بوضع قانون ينص على انـضمام العمال، الذين تقل أجورهم عن حد معين إلى المؤسسات الصحية من خلال اشتراك العمال وأصحاب العمل بشكل إجباري في هذه المؤسسات، حيـث أعطى ذلك النظام إشارة البدء للتأمين الصحي الإجباري كأسـاس للتـأمين الاجتماعي.

و يعتبر هنري فايول Henri Fayol صاحب الفضل الأول في الإشارة إلى أهمية وظيفة الخطر والتأمين بالمشروعات الصناعية، وذلك عندما ذكر وظيفة الأمن Security Activities كإحدى الوظائف السته الرئيـسة في نـشاط المشروع، حيث هناك شبة كبير بين وظيفة الأمن السابقة والـتي ـدف إلى حماية الأشخاص والممتلكات بالمشروع من الخسائر العارضة، بينما تقـضي الأصول العامة الحديثة لإدارة الخطر والتأمين، الوصول إلى أفـضل طريقـة للمحافظة على أموال أي مشروع (صناعي أو تجاري) والأشخاص المالكين له والعاملين به، من الخسائر المادية المحتملة الناشئة عن تحقق الأخطار البحتـة التي تواجهه بأقل تكلفة ممكنة.[٥٠]

ومن الملاحظ أن بداية تطبيق فكرة التأمين الصحي شجعت الكـثير مـن حكومات الدول الأوروبية على تدشين نظام التأمين الصحي، حيث قامـت النمسا بإدخال التأمين الصحي عام ١٨٨٧م. وفى بداية القرن العشرين توسع التأمين الصحي في أغلب الدول الصناعية بأوروبا، وذلك تحت مسمى التأمين "ضد المرض والأمومة"، حيث قامت الحكومة النرويجية بتطبيق التأمين الصحي عام ١٩٠٢م، والمملكة المتحدة عام ١٩١٠م.

---

[50] عبد ربه، إبراهيم علي إبراهيم، و إبراهيم احمد حموده، مرجع سابق.ص٣٨.

وبحلول عام ١٩٤٦م، تم تأسيس الخدمة الصحية الوطنيـة في بريطانيـا، وكان التأمين الخاص محدودا بشكل كبير قبل عام ١٩٧٨م. وفي اليابان ظهر التأمين أول مرة عام ١٩٠٥م، عندما حاولت جمعية أن تغطي أعضاءها بمنفعة تعاونية.

ويعود تاريخ بدء تغطية الخدمات الصحية في الولايات المتحدة إلى عـام ١٧٩٨م، عندما قام الكونجرس بتأسيس خدمات مستشفى البحرية، وكـان يتم اقتطاع إجباري من رواتب البحارة مقابل تقديم خدمات طبية لهم. وقـد كان تأسيس مجموعة التأمين الصحي في البداية بالولايات المتحدة، في بدايات القرن العشرين، استجابة للنمو الصناعي في البلاد، والأغلبية كانت للـذين يعملون ضمن مجموعات كبيرة. كما كان بسبب ما حققتالثانية، أصـحاب العمل واتحادات العمال من حمايتها للأشخاص الذين يعملون ضد الخسائر غير المتوقعة التي يمكن أن تنتج عن الموت أو العجز المفاجىء.

وبعد الحرب العالمية الثانية ، عقد مؤتمر عام ١٩٤٥م ، ووضـعت فيـه مسودة لنموذج قريب، إلى حد ما، من النظام الصحي الوطني في المملكـة المتحدة.

وفى عام ١٩١٩م، أنشئت منظمة العمل الدولية حيث كانت سياسـات التأمين الصحي من أهم الموضوعات التي تمت مناقشتها خلال عقد مـؤتمرات ذات صلة بالتأمين ضد الأمراض، وكذلك نشر الأبحـاث والدراسـات في الموضوع نفسه. وبعد إنشاء منظمة العمل الدولية تغيرت نظرة مواطني الدول الأوروبية للرعاية الطبية ونظروا لها على أ ا حق أساسي وواضح لكل مواطن.

وقد بدأت أغلب الدول في تطوير نظام اجتماعي يتناسب مـع العـادات والتقاليد والأوضاع الاجتماعية، وأصبحت الرعاية الطبية مرتبطـة بالتقـدم العلمي خاصة بعد الزيادة في عدد التقنيات الحديثة وتعقيدا ا.

إن التطور التاريخي للتأمين الصحي الإجباري في الدول النامية غير معروف بشكل عام، ولكن الوقائع التي حدثت في دول أمريكـا اللاتينيـة خـلال الخمسين عاما الماضية تم تدوينها بشكل جيد. ومنذ عقود قليلة مضت، أخذ تشريع قوانين التأمين الصحي الإجباري في البلاد النامية شكلا من أشـكال السياسات الاجتماعية. وقد حدثت معظم التطويرات في التـأمين الـصحي تدريجيا بالدول النامية.

ومن هذا المنطلق، أجبرت كثير من الحكومات للبحث عن موارد إضافية لتمويل الرعاية الصحية، وهكذا تم التعرف على التأمين الصحي الإجباري في شكل برنامج ضمان اجتماعي، على أنه أحد الاختيارات الواردة في هذا المجال. وقد تم دعم هذه الفكرة بواسطة الإدارات المتخصصة المؤهلة بالأمم المتحدة، وكذلك بواسطة مؤسسات مالية قيادية دولية مثل البنك الدولي، وبنوك التنمية الإقليمية.[٥١]

تعريف التأمين الصحي:

بشكل عام، يمكن تعريف التأمين الصحي بأنه "ذلك النوع من التأمين الذي يقدم تعويضا للمؤمن عليه ضد الإنفاق وخسارة الدخل الناتجة عن خسارة الصحة". وعرفه الاتحاد الأمريكي للأخطار والتأمين بأنه "التأمين ضد المرض أو إصابات الجسم نتيجة الحوادث"، [٥٢] وأيضا عرف سعود الفنيسان التأمين الصحي بأنه "عقد بين طرفين يلتزم فيه الطرف الأول (المستشفى) بعلاج الطرف الثاني (فردا أو جماعة) من مرض معين أو الوقاية منه مقابل مبلغ مالي محدد يدفعه إلى الطرف الأول دفعة واحدة أو على أقساط"،[٥٣] وعند تحديده لمفهوم التأمين الصحي، أوضح حسين الترتوري الفرق بين التأمين الصحي التجاري والتأمين الصحي التعاوني، حيث عرف التأمين الصحي التجاري بأنه " عقد يدفع بموجبه المستأمن (المؤمن له) أقساط التأمين للمؤمن، مقابل تعهد المؤمن بأن يدفع مبلغا معينا دفعة واحدة أو على أقساط، وبأن يرد مصروفات العلاج والأدوية كلها أو بعضها للمستأمن إن مرض". وفى المقابل، عرف الترتوري التأمين الصحي التعاوني بأنه "عقد بين جماعة على التبرع بمقادير متساوية أو متفاوتة بغرض علاج من يمرض منهم من هذه الأموال ".[٥٤]

---

51 ابن سعيد، مرجع سابق، ص١٧-٣٠.
52 ابن سعيد، مرجع سابق، ص ٥٧.
53 سعود الفنيسان، التأمين الصحي في المنظور الإسلامي قضية للبحث، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، السنة الثامنة – العدد ٣١، ١٤١٧هـ.
54 حسين الترتوري، التأمين الصحي في الفقه الإسلامي، مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، السنة التاسعة، العدد ٣٦، ١٤١٨هـ.

إذن نلاحظ أن الفرق بين التأمين الصحي التجاري و التـأمين الـصحي التعاوني، يتمثل في كلمة "التعاوني" فإذا كان التأمين تعاونيا فان ذلك ينقـل التأمين بعيدا عن مفاهيم الربحية التجارية إلى المفاهيم التكافلية التي لا تستهدف الربح، وإذا تحقق هامش ربحي فإنه يوزع على المشتركين.

أنواع التأمين الصحي:

يقسم التأمين الصحي إلى عدة أنواع وفق معايير عدة مثل نوع الخدمة أو المزايا أو الفئات المغطاة بالتأمين، ولكن التقسيم السائد في العالم هو المبني على الجهة المقدمة للتأمين الصحي وهي غالبا:

- التأمين الصحي العام (الحكومي): وتوفره الحكومات.
- التأمين الصحي الخاص (الأهلي) وتقدمه شركات التـأمين كطـرف ثالث، ويكون الطرف الأول هو المؤسسة الصحية المقدمـة للخدمـة الصحية بينما الطرف الثاني هو المستفيد من خدمة هذه المؤسسة.

أنواع تغطية التأمين الصحي

تختلف وثائق التأمين الصحية المتاحة في الأسواق مـن حيـث تغطيتـها للمصاريف التشخيصية والعلاجية، ومن الناحية القانونية والشرعية فإنه لابد أن يتم توثيق هذه التغطية في العقد بشكل واضح وصريح.
هناك نوعان من الأخطار مصاحبة للمرض والحادث: خطر حدوث تكاليف علاج مرتفعة، وخطر فقد الدخل المالي أثناء فترة العجز. وبشكل عام، يتناول التأمين الصحي كلا من هذين الخطرين، ويتم تصنيف تغطية التأمين الصحي إلى أنواع مختلفة من التأمينات الصحية، التي يمكن تقديمها في عقود منفصلة أو كمجموعة بنود في عقد واحد: [55]

[55] ابن سعيد، مرجع سابق، ص ١٤٥-١٦٨

(١) تأمين المصاريف الطبية الأساسية.
(٢) تأمين مصاريف التنويم بالمستشفى.
(٣) تأمين ضد المصاريف الجراحية
(٤) تأمين المصاريف الطبية الكبرى.
(٥) تأمين المصاريف الطبية الإضافية والمتنوعة.

(٦) تأمين الدخل عند الالكبرى:تتعامل الأنواع الخمسة الأولى في تغطية تكاليف الإجراءات التشخيصية والعلاجية، ويمكن تقديم هذه الأنواع الخمسة الأولى في وثائق تأمين جماعية أو فردية.

١) **تأمين المصاريف الطبية الأساسية:** ويطلق عليه في بعض الأحيان، تأمين مصاريف رعاية الأطباء، حيث يتم دفع أتعاب رعاية في المستشفى. ويقوم هذا التأمين برد مدفوعات أصحاب وثائق التأمين عن تكاليف الإقامة بالمستشفى، وكذلك تغطية زيارات العيادات بالمستشفى. ويغطي أيضا هذا النوع من الوثائق التكاليف المصاحبة للتنويم من الوجبات الغذائية ومصاريف أخرى متنوعة، ولكن لا تغطي هذه الوثائق خدمات الأطباء الجراحين، فهذه الخدمات لها وثائق تأمين منفصلة.

٢) **تأمين مصاريف التنويم بالمستشفى:** أن يتم التأمين على المؤمن عليه ضد النفقات الضرورية بالمستشفى، ويعد هذا النوع من التغطية الأكثر انتشارا بين أشكال حماية التأمين الصحي، ويتم تطبيقه عادة للتنويم بالمستشفى بسبب مرض أو حادث.

٣) **تأمين ضد المصاريف الجراحية**: تغطي بوليصة تأمين "مصاريف الجراحة الأساسية" تكاليف خدمات الطبيب الجراح ومصاريف التخدير ونقل الدم وإجراءات التشخيص وأنواعا أخرى مشابهة وكذلك الرعاية الطبية بعد العملية الجراحية.

٤) **تأمين المصاريف الطبية الكبرى:** ففي حالات صحية بسيطة يمكن تغطية المرض بتكاليف اقتصادية معقولة من خلال استخدام وثائق تأمينية لتغطية المصاريف الطبية الأساسية، ولكن مع تزايد وتطور التقنيات الطبية ومعدات التشخيص وارتفاع أسعارها، أصبح العلاج- وخاصة طويل المدة – ذا تأثير اقتصادي سلبي على الأسرة. ولمواجهة

تلك التكاليف، قامت شركات التأمين بتقديم بوليصة التأمين ضد " المصاريف الطبية الكبرى " لمواجهة المطالب المالية لمثل هذه الحوادث المفجعة والأمراض المكلفة. وهناك إجراءات علاجية يمكن أن تكون مكلفة، بشكل كبير، للشخص العادي مثل غسيل الكلى، وجراحة القلب المفتوح، وجراحة المخ وعلاج السرطان. وتكون تغطية "المصاريف الطبية الكبرى" متاحة لمثل هذه الأنواع من التكاليف الطبية المرتفعة التكلفة.

5) **تأمين المصاريف الطبية الإضافية والمتنوعة :** يقصد بالمصاريف الإضافية والمتنوعة للمستشفى تلك المصاريف التي تشمل تكلفة الخدمات الإضافية، التي لم ترد في بنود بوليصة التأمين الأساسية. ويتم التأمين على التكاليف الإضافية للإقامة بالمستشفى بموجب تغطية المصاريف الطبية المتنوعة. وتشمل هذه المصاريف - ولكن ليس بالضرورة أن تكون محدودة ا - الأشعة، واختبارات التشخيص، أتعاب المختبر، وخدمات الإسعاف، والأدوية، والعقاقير، وخدمات التمريض، وزيارات الطبيب أثناء التنويم والزيارات الم لية حسب بنود الاتفاق.

٦) **تأمين الدخل عند العجز:** وهو ذلك التأمين الذي يقدم الدخل البديل عندما يفقد المؤمن عليه راتبه أو أجره بسبب العجز، ويقصد بالعجز عدم القدرة على أداء العمل الذي كان يمارسه، ولا يغطي هذا النوع من التأمين النفقات الطبية المصاحبة للعجز، ولكنه يضمن للمؤمن عليه انسياب مدفوعات دورية عند إصابته بالعجز. [٥٦]

فلسفة التأمين الصحي :

تتمثل في أن التأمين الصحي يحقق التوازن بين التكاليف الباهظة للخدمة في القطاع الصحي الخاص والتي لا يستطيع المواطن العادي تحملها وبين مستوى متراجع في خدمات القطاع الصحي العام نتيجة لنقص الموارد وزيادة الطلب،

[56] محمد جودت ناصر، مرجع سابق، ص٣٠٠.

حيث أنه في الوقت الذي تزداد فيه تكاليف الخدمات الصحية تزايدا هـائلا ومتواصلا. فالعالم اليوم يصرف (٢) تريليون دولار سنويا علـى الخـدمات الصحية، ومعروف أن رأس مال المستشفى يتضاعف كل ثلاث سنوات بمعنى أن تكلفة تشغيل المستشفى سنويا تبلغ ثلث تكلفة إنشائه وفي الوقت الـذي يزداد الضغط والطلب على الخدمات الصحية، تتناقص فيه الموارد نظرا لازدياد أعباء الحكومات والتوسع في الخدمات الصحية، ولذلك نجد في بعض الدول أن القطاع الصحي ينمو ويتسع استهلاك الخدمات الصحية وتتزايد معدلات التشغيل، ومع هذا فان الميزانية تظل كما هي وربما الخدمات الصحية وتتزايد معدلات التشغيل، ومع هذا فان الميزانية تظل كما هي وربما تنخفض، مما يقود إلى حدوث خلل في التوازن بين الموارد والتكاليف، وهذا يؤدي إلى:

- حدوث ضعف تدريجي في مستوى الخدمة الصحية وجود ـا نتيجـة الضغط المتزايد على الخدمات الذي يفوق القدرة الاستيعابية والتشغيلية إلى جانب نقص متواصل في الإمكانيـات الماديـة، مثـل الأدويـة والمستلزمات، وكذلك نقص القوى العاملة الصحية.
- انخفاض العمر الافتراضي للمنشآت والأجهزة الطبية وكثـرة تعطلـها وتأخر إصلاحها نتيجة للضغط المتزايد وتناقص بنود الصيانة والاستغناء عن الصيانة الوقائية.
- العجز عن مواكبة التقنية الحديثة لعدم توفر الإمكانيات الكافية في ظل ارتفاع تكلفة هذه التقنية، ونصبح بذلك خارج دائرة التطور الطـبي ولاسيما أن العالم يعيش اليوم عصر "طب الآلات".
- العجز عن مواكبة الطلب المتزايد على الخدمة الطبية والناتج عن النمو السكاني المتزايد وتغير نمط الحياة وظهور مشكلات صحية جديدة ناتجة عن المدنية الحديثة والتلوث البيئي وارتفاع متوسط الأعمار.[٥٧]

---

[57] عبد الإله ساعاتي، مبادئ إدارة المستشفيات وتطبيقاتها في المملكة العربية السعودية، ١٤٢٠هـ، الرياض.ص ١٧٤.

التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية

رغم أن بلادنا عرفت التأمين مبكرا مع دخول شركات النفط العالميـة في الثلاثينات الميلادية إلا أن التنظيمات الرسمية المؤطرة والمقننة لصناعة التأمين في المملكة لم تبدأ إلا في عام ١٤٢٠هـ مع صدور نظام الضمان الـصحي التعاوني الذي تبعه بعد نحو عامين صدور نظام التأمين الإلزامي على رخـص قيادة السيارات ولقد بني النظامان على قرار هيئة كبار العلماء وقرار مجلـس الشورى كما سيتم عرضهما لاحقا.

تطبيق التأمين الصحي التعاوني في المملكة:

تتوفر في المملكة ثلاثة أنواع من التأمين الصحي، وذلك على النحو التالي:

- التأمينات الاجتماعية: التي توفر الرعاية لحالات إصابات العمل للعاملين المشمولين بهذا التأمين الذي تتم ممارسته عن طريق المؤسـسة العامـة للتأمينات الاجتماعية، وهو يعد أقدم أنواع التأمين الصحي التي عرفتها المملكة العربية السعودية.
- التأمين الأهلي أو التأمين الصحي الخـاص: وهـو الأكثـر انتـشارا والأحدث في الوقت نفسه حيث يشمل التأمين التجـاري والتعـاوني الذي تتم ممارسته عن طريق شركات التأمين كطرف ثالث.
- التأمين المباشر: وهو التأمين الذي يتم من خلال التعاقد المباشـر بـين الشركات والمستشفيات لتوفير الرعاية الصحية لمنسوبيها، أو قيام بعض المستشفيات بتوفير برامج للرعاية الصحية التي يحتاجها الفـرد مقابـل قسط يدفع للمستشفى مباشرة ولا يفضل ممارسو التأمين الصحي هذا النوع من العلاقة باعتبار أن المستشفى تكون في هذا الحالة خارج أي نظام رقابي.[٥٨]

[58] صالح العمير، التأمين الصحي التعاوني وأثره على الاقتصاد السعودي حتى عام ١٤٤٠هـ ٢٠٢٠م، ندوة الرؤية المستقبلية وللاقتصاد السعودي حتى عام ١٤٤٠هـ، الرياض أكتوبر ٢٠٠٢م، التعاونية للتأمين، ص٢٤ .

لا ريب أن بحث أمر تطبيق التأمين الصحي يستوجب النظر إلى مشروعيته الدينية، ولقد أجازت هيئة كبار العلماء في المملكة العربية السعودية تطبيـق نظام التأمين التعاوني وذلك بموجـب قـرار الهيئـة رقـم (٥١) وتـاريخ ١٣٩٧/٤/٤هـ تأسيسا على أنه يتيح مشاركة المجموعة مع الفرد في تحمـل تكاليف الخدمة العلاجية التي يحتاجها ولا يستهدف التجارة والربح، وجاء في القرار ما يلي: إن التأمين التعاوني من عقود التبرع التي يقصد بها أصالة التعاون على تفتيت الأخطار والاشتراك في تحمل المسئولية عند نزول الكوارث وذلك عن طريق إسهام أشخاص بمبالغ نقدية تخصص لتعويض من يصيبه الـضرر، فجماعة التأمين لا يستهدفون تجارة ولا ربحا من أموال غيرهم وإنما يقصدون توزيع الأخطار بينهم والتعاون على تحمل الضرر.

وقد نصت خطة التنمية السابعة (١٤٢٠ – ١٤٢٥هـ) ضمن أهدافها الصحية على التالي:

تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني للمقيمين، ودراسة جدوى تطبيقه على السعوديين.[٥٩]

وقد قامت وزارة الصحة بإعداد مشروع تطبيق التأمين الصحي التعاوني على غير السعوديين كمرحلة أولى بحيث يعاد تقييمه وتقويمه ثم يطبق علـى جميع سكان المملكة سعوديين وغير سعوديين، ولقد أجيز هذا المشروع مـن قبل مجلـس الـشورى ثم رفـع إلى مجلـس الـوزراء، حيـث صـدر في ١٤٢٠/٤/٢٧هـ الموافق ١٩٩٩/٨/١١م قرار المجلس رقم (٧١) بالموافقـة على تطبيق نظام التأمين الصحي التعاوني على المقيمين في المملكة مـن غـير السعوديين، ولقد تضمن القرار تشكيل لجنة وزارية لدراسة الاقتراح الخـاص بصرف المبالغ التي يتم الحصول عليها مقابل ما تقدمه المرافق الصحية الحكومية من خدمات صحية للمستفيدين من التأمين الصحي.

كما تضمن القرار تشكيل لجنة في هيئة الخبراء بمجلس الوزراء لإعداد دراسة حول مدى إمكانية تطبيق النظام على السعوديين لـدى الـشركات والمؤسسات الخاصة والأفراد، كذلك تضمن القرار تكليـف وزارة الـصحة

[59] خطة التنمية السابعة (١٤٢٠ – ١٤٢٥هـ)

إعداد دراسة حول مدى إمكانية إيجاد تنظيم يمكن بموجبه اسـتفادة جميـع المواطنين من التأمين الصحي التعاوني.
وقد صدرت اللائحة التنفيذية لنظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة والتي تتيح لمس الضمان الصحي الرقابة ومتابعة تنفيذ هذا النظام.

 ## مبررات ودوافع تطبيق التأمين الصحي:

نلاحظ أن هناك العديد من الأسباب التي دعت المملكة إلى تطبيق نظام التأمين الصحي التعاوني سنقوم بتلخيصها كالتالي:

 **ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية:**

كما سبق أن ذكرنا فإن تكاليف الخدمات الصحية بازدياد مـستمر، الأمر الذي يصعب تماما أن تقوم أي دولة بتوفير الخدمات الصحية دون مقابل ودون ضوابط مهما كان ثراء الدولة، وهي إن استطاعت ذلك في فترة معينة وفي ظل ظروف معينة فإ ا لن تستطيع الاستمرار في ذلك في فترات أخرى، وبالتالي يصبح من الضروري أن تطبق بدائل لتمويل هذه الخدمات المكلفة.

 **الظروف الاقتصادية الراهنة:**

يمر العالم في معظمه بمرحلة اقتصادية متراجعة تستوجب تقنين وترشيد الإنفاق العام، والمملكة جزء من هذا العالم يعاني مما تعانيه.

 **تزايد الطلب وارتفاع معدلات استهلاك الخدمات الصحية:**

يعود ارتفاع حجم الطلب ومعدلات استهلاك الخدمات الـصحية إلى عـدة عوامل أهمها:

- الارتفاع الكبير في معدل النمو السكاني بالمملكة والذي يبلغ ٣ر٧% سنويا، ويعد من أعلى معدلات النمو السكاني في العالم.
- تغير نمط الحياة التي أصبحت تتسم بالكسل والخمول وقله الحركه.
- سلبيات المدنية الحديثة من حيث نوعية الغذاء والازدحـام الـسكاني والتلوث البيئي وضوضاء المدينة الكبيرة وضغوط الحياة فيها.
- ظهور احتياجات صحية جديدة نتيجة لذلك، مثل الزيادة في الأمراض المزمنة العالية الكلفة (مثل أمراض القلب والسكر والضغط والسرطان وغيرها).

- عدم وجود معايير لتقنين الاستخدام.
- مجانية الخدمات الصحية الأمر الذي قد يؤدي إلى الإفراط في استخدام هذه الخدمات وربما إساءة استخدامها.

- **تخفيف الضغط على المرافق العامة:**

إن تطبيق نظام التأمين الصحي التعاوني يقود إلى تخفيف الضغط على المرافق الصحية العامة حيث يتيح مجالات رحبة لمساهمة القطاع الصحي الخاص في توفير الخدمة الصحية للمستفيدين وفق هذا النظام، ولاسيما أن تطبيق هذا النظام يؤدي إلى نمو هذا القطاع، ويقضي على فاقد الخدمة فيه حيث يتيح له العمل بطاقته القصوى.

- **المحافظة على جودة الخدمات الصحية:**

وذلك من خلال توفير مورد للتمويل وتخفيف الضغط على خدمات المرافق الصحية العامة، كما أن زيادة العبء والطلب على الخدمات الصحية العامة مع عدم توفير الإمكانيات المطلوبة للصيانة الوقائية والإصلاحية، والذي كثيرا ما يدفع إلى الاستغناء عن الصيانة الوقائية للمنشأة الصحية والأجهزة الطبية، وهذا يؤدي تبعا إلى انخفاض العمر الافتراضي للمنشآت الصحية والأجهزة والمعدات الطبية.

- **مواكبة التقنيات الطبية الحديثة:**

إن توفير بديل للتمويل يسهم في تأمين الرافد المالي الذي يمكن المؤسسات الصحية من مواكبة أحدث ما تنتجه التقنية الطبية العالمية.

وأوضحت دراسة علمية أن تطبيق التأمين الصحي في المملكة سوف يساهم في تحسين مستوى الصحة، حيث أنه سيساهم في:

- توفير أكبر قدر من الخدمات الصحية لأفراد المجتمع.
- خلق الحافز لتوفير خدمات صحية متميزة.
- خلق بيئة تنافسية بين مقدمي الخدمات الصحية مما يؤثر إيجابا على مستوى رضا المستفيدين.
- تقليل تكلفة العلاج على مستوى الفرد والعائلة.

- تخفيف العبء (الضغط) على المستشفيات الحكومية مما يعطيها الفرصة لتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية والإدارية.[٦٠]

 **أهداف تطبيق التأمين الصحي في المملكة العربية السعودية:**

تطبق المملكة العربية السعودية التأمين الصحي التعاوني لتحقق عدة أهداف يمكن رؤيتها من وجهة نظر الباحثة كالتالي:

١. **أهداف اجتماعية:**

تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي: يحقق تطبيق نظام التأمين الصحي التعاوني مبدأ التكافل الاجتماعي، حيث يتوزع في ظله عبء تحمل تكاليف الخدمة الصحية التي يحتاجها الفرد على مجموعة من الأفراد، ويحقق مشاركة الفرد وصاحب العمل وا تمع ككل في تحمل تكاليف العلاج.

توفير فرص عمل: يسهم نمو وازدهار القطاع الصحي الخاص الناتج عن تطبيق التأمين الصحي في خلق وتوفير فرص وظيفية أمام الباحثين عن وظائف، سواء في مستشفيات ومستوصفات القطاع الخاص أو في شركات التأمين الصحي.

غطاء صحي بمنهج إسلامي: يؤمن نظام التأمين الصحي التعاوني غطاء صحيا وفقا لمنهج إسلامي وبالتالي يوفر الشعور بالأمان والاستقرار والحماية من الوقوع في مخاطر مالية كبيرة ومفاجئة قد ينوء عاتق الفرد بتحملها منفردا عند لجوئه للاستشفاء في مؤسسات القطاع الخاص العلاجية.

٢. **أهداف اقتصادية:**

توفير مصدر للتمويل: يوفر نظام التأمين الصحي التعاوني مصدرا فعالا ومناسبا لتمويل الخدمات الصحية العامة.

---

[60] عبد الإله ساعاتي، مرجع سابق، ص١٧٦-١٧٨.

ترشيد الإنفاق وتحسين الكفاءة: ومن ضمن ما يستهدف تطبيق هذا النظام ترشيد الإنفاق وتحسين الكفاءة في ظل تخفيف العبء والضغط عن خدمات المستشفيات العامة وتوفير الموارد اللازمة لتطوير خدماتها، ووجود شركات التأمين كجهة رقابية جديدة على جودة الخدمة وتكلفتها.

٣. أهداف تنموية:

تطوير القطاع الصحي الخاص: يسهم تطبيق نظام التأمين الصحي التعاوني في نمو القطاع الصحي الخاص وازدهاره حيث يخلق فرصا استثمارية واسعة تظهر نتيجة للارتفاع المتوقع في الطلب على خدمات القطاع الصحي الخاص ولاسيما في المناطق التي لا تتوفر فيها مستشفيات ومستوصفات أهلية خاصة، وبذلك يسهم تطبيق هذا النظام في إنشاء المزيد من المستشفات والمستوصفات الخاصة، كما يشجع على إنشاء شركات وطنية للتأمين الصحي، وتؤكد العديد من الدراسات والأبحاث أن شركات التأمين الصحي ساهمت مساهمة فعالة في تحسين جودة الخدمات الصحية في الولايات المتحدة.

توفير الخدمات الصحية بأسعار مناسبة: يسهم تطبيق التأمين الصحي التعاوني في توفير الخدمة العلاجية الخاصة بأسعار مناسبة (قسط التأمين) لا يمكن مقارنتها بما تتقاضاه المستشفيات الخاصة فعليا على خدماتها، خارج نظام التأمين.

تحسين المؤشرات الصحية: يؤدى تطبيق نظام التأمين الصحي إلى نمو القطاع الخاص وتوفر المستشفيات والمستوصفات الخاصة، وذلك يؤدى تبعا إلى تحسين المؤشرات والإحصائيات الحيوية من حيث معدل الأسرة إلى عدد السكان ومعدلات القوى العاملة الصحية إلى عدد السكان وغيرها.

تحسين المستوى الصحي للسكان: يسهم تطبيق هـذا النظـام في تحسن المستوى الصحي العام حيث يتيح المدخل إلى الخدمة الصحية ويقضي على جانب التردد من المراجعة للمستشفى الخاص خوفا من ارتفاع التكاليف.

الصعوبات التي تواجه تطبيق التأمين الصحي التعاوني:

إن التأمين الصحي يعد أحد المصادالصحي:ية الادخارية الحيوية للاقتصاد الوطني حيث يسهم في تحريك عجلة التنمية الاقتصادية ويزيـد مـن نـسبة الاستثمار المحلي وإيجاد فرص وظيفية جديدة للكوادر الوطنيـة في القطـاع الصحي بشكل خاص والقطاعات الخدمية الأخرى بشكل عام، إلا أنه عنـد تطبيق هذا النظام قد يواجه تحديات عديدة، رغم الجهود التي بـذلها مجلـس الضمان الصحي برئاسة معالي وزير الصحة في إعداد اللائحة التنفيذية لنظـام الضمان الصحي التعاوني والتي صدرت خلال شهر يونيـو ٢٠٠٢م، إلا أن عملية التطبيق تواجه بعض الصعوبات التي تشكل في جوهرها معوقات لعملية التطبيق، والتي يمكن رصدها فيما يلي:

 **صعوبات ذات علاقة بنظام التأمين الصحي :**

عدم تنظيم سوق التأمين السعودي: حيث لا يوجـد نظـام لتـسجيل شركات التأمين أو تأهيلها أو حتى الرقابة على نشاطها، فالترخيص لشركات التأمين عموما في المملكة وتأهيل شركات تأمين ذات صفة تعاونية للمشاركة في تفعيل النظام يتطلب المزيد من الوقت والجهـد، وإيجـاد آليـة تجتـذب المستثمرين في هذا القطاع.

التباين في أسعار التأمين الصحي: فعملية التسعير تعد واحدة من أصعب المشكلات التي يفرضها تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني، لأن هناك رؤى متعددة حول مستويات أسعار البرنامج الصحي وكيفية سداد القسط، ويبقى دور مجلس الضمان الصحي ضروريا وحيويا في المفاضـلة بـين مـستويات الأسعار التي تطرحها شركات التأمين وفقا لمستويات التغطيات المطلوبة.

اعتماد المستشفيات: حيث أن اعتماد المستشفيات المشاركة في تفعيل نظام الضمان الصحي التعاوني يجب ألا ينظر إليه من الناحية الطبية فقط بل لابد أن يتضمن عامل التأهيل المالي والإداري.[٦١]

 **صعوبات ذات علاقة بسلوكيات المؤمن عليه:**

توجد أحيانا بعض الصعوبات في السيطرة على الأخطار المعنوية والأخلاقية لبعض المؤمن عليهم، حيث يكون من الصعب تحديد ما إذا كانت الخسارة قد حدثت بالفعل أم أنها مفتعلة من قبلهم، وفي حالات أخرى قد يكون هناك سوء لاستخدام بوليصة التأمين الصحي من قبل المؤمن عليه، فمثلا الادعاء بالتمارض من أجل الحصول على إجازة مرضية أو تعويض في حالة بوليصة تأمين الدخل عند العجز.

 **صعوبات ذات علاقة بشركات التأمين الصحي:**

يفضل أن تتبع شركات التأمين الصحي بعض الإجراءات النظامية الصارمة لمقاومة مشكلات الإفراط والاحتيال في استخدام الخدمات الطبية وتقليل معدلات سوء استخدام بطاقات التأمين من قبل المؤمن عليهم، كما أن الإشراف على أداء شركات التأمين ومراقبة آلية المطالبات والاحتياطيات ونوعية الفريق الطبي المشرف على تقدير الحالة الصحية للمريض وتكلفتها المالية أمر ضروري، كذلك التفرقة بين نظام التأمين الصحي التعاوني وبين نظام التأمين الصحي التجاري، حيث من المعروف أن التأمين الصحي التجاري يشوبه بعض الشبهات من الغرر والجهالة والغبن والربا.[٦٢]

---

[61] صالح العمير، التأمين الصحي التعاوني وأثره على الاقتصاد السعودي حتى عام ١٤٤٠هـ ٢٠٢٠م، ندوة الرؤية المستقبلية وللاقتصاد السعودي حتى عام ١٤٤٠هـ، الرياض أكتوبر ٢٠٠٢م، التعاونية للتأمين، ص٣٢-٣٣ .

[62] خالد بن سعيد، مرجع سابق، ص ٢٣٧-٢٤٤.

لذا ننصح برفع درجة الوعى لدي المشتري حول وثيقة التأمين الصحي، وذلك بسبب أن هذا النظام يعتبر حديث العهد في الدول العربية والإسلامية، وأن بعض المشترين لا يعرفون حدود الحماية التي تغطيها بوليصة التأمين الصحي، وكيف تتم التفرقة بين التأمين الصحي التعاوني والتأمين الصحي التجاري. وعلى هذا الأساس، فإنه من الأفضل تكثيف الندوات والمؤتمرات التي تركز على التأمين بشكل عام، والتأمين الصحي التعاوني بشكل خاص.

بعد أن تم استعراض الإطار النظري لموضوع التأمين الصحي، سيتم في المبحث القادم استعراض الدراسات السابقة حول موضوع التأمين الصحي.

الدراسات السابقة

سيتم في هذا المبحث استعراض ومناقشة أهم الدراسات التي أجريت حول التأمين الصحي وخاصة حول العوامل المؤثرة على قسط التأمين والتي هي موضوع هذه الدراسة وما ترمي التعرف عليه، وبالرغم من أهمية هذا الموضوع إلا أنه يلاحظ قلة الدراسات التي تناولت قسط التأمين من ناحية، وندرة الدراسات العربية والمحلية حول هذا الموضوع من ناحية أخرى.

في دراسة لمدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية أجراها ابن سعيد [٦٣] حول التأمين الصحي التعاوني الشامل في المملكة العربية السعودية هدفت إلى تقديم نموذج مقترح للتأمين الصحي التعاوني من خلال عمل دراسة مقارنة حول برامج صحية عالمية مختارة، و توصلت إلى أن هناك علاقة طردية بين قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني وكل من العمر و مستوى التعليم وسنوات الخبرة، كذلك كان هناك علاقة جوهرية بين قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني وكل من الجنسية و الجنس ووجود مرض مزمن.

في دراسة للحيدر والتركي: هدفت إلى تحليل نظام الضمان الصحي التعاوني في المملكة ومقارنته مع أنظمة التأمين الصحي المطبقة في مجموعة من دول العالم المتقدمة والنامية، والتعرف على آراء المستفيدين ومقدمي الخدمة وشركات التأمين العاملة بالمملكة حول نظم التأمين الصحي المطبقة حاليا ونظام التأمين الصحي التعاوني المزمع تطبيقه، وقد توصلت الدراسة إلى أن شمولية التغطية هي العنصر الأكثر أهمية في نظام التأمين الصحي الحالي، في حين يرى (٧ر١٠%) من المستجيبين أن التكلفة هي العنصر الأكثر أهمية، ويرى (٢ر١٠%) منهم أن حرية اختيار المستشفى هي العنصر الأكثر أهمية

---

[63] خالد سعد بن سعيد، التأمين الصحي التعاوني الشامل في المملكة العربية السعودية، التقرير الفني الدوري الرابع لمدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، خلال الفترة من ١٤٢١/٩/١_١٤٢٢/٦/٣٠هـ.

بالنسبة لهم، كما ترى أغلب الشركات (٥٨٫٣%) والمستشفيات (٨٠%) أن يتم تمويل النظام الصحي التعاوني من خلال إسهام كل من أرباب العمل والمستفيدين، كما أوصت الدراسة بضرورة التنسيق الفعال بين مقدمي الخدمة وشركات التأمين المشاركة في تطبيق النظام، والتأكيد على توضيح حقوق والتزامات المشتركين: وذلك للحد من المشكلات التي تحدث بين المرضى ومقدمي الخدمة، وإنشاء آلية لفض المنازعات وحل الخلافات بين شركات التأمين والمستشفيات حول المطالبات المالية التي تختلف فيها وجهات النظر بين كلا الجانبين، و اشتمال تغطية الضمان على جميع الاحتياجات الوقائية والتشخيصية والعلاجية، بما في ذلك خدمات الأسنان الأساسية. [٦٤]

و في أوائل الثمانينات، أجريت دراسة حول البطالة في ميتشجان (الولايات المتحدة الأمريكية) بمنطقة ذات معدل بطالة عال، وعند فحص آثار فقد العمل على تغطية التأمين الصحي والحالة الصحية واستعمال الخدمات الصحة، وجدت أن ٧٨% من "العاطلين بدون تأمين صحي" فقدوا التأمين بسبب فقدهم لعملهم، وما يعادل ٧٣% فقدوا التأمين الجماعي المتعلق بالعمل، وكذلك ما يقارب ٥% فقدوا أنواعا أخرى من التغطية مثل الوثائق الفردية ومثل التغطية التي كانوا يحصلون عليها من خلال أزواجهم أو والديهم. وكذلك وضحت النتائج أن النقص في التأمين الصحي يمثل مشكلة خطيرة بين هؤلاء الذين فقدوا عملهم. [٦٥]

أما بالنسبة للدراسات التي ركزت على عوامل تؤثر على شراء التأمين الصحي مثل دراسة (Wilcox-Gok, V. and Rubin , J.[66] (1994 الذين اكتشفوا أن بين منتفعي الرعاية الطبية من كبار السن، كان الوضع الصحي والقيود الوظيفية مرتبطة بشكل سلبي كبير بحصولهم على تأمين صحي خاص، ومن بين الخصائص الشخصية، تبين أن التعليم ، والجنس والعمر مرتبطة

---

[64] الحيدر، عبد المحسن صالح ومحمد على التركي، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية، الرياض، معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٢م

[65] : Berki,s.e., Wyszewianski, L., Lichtein , R., et al . (1985) Health insurance coverage of the unemployed . Medical Care 23 (7) : 847-854 .

[66] : Wilcox-Gok, V. And Rubin, J. 1994) Health insurance coverage Among the Elderly. *Social Science & Medicine ,11: 1521-1529.*

نظاميا بوجود تأمين صحي خاص ، وهذا يعني أن أولئك الذين تخرجوا مــن المدرسة الثانوية كانوا أكثر ميلا للحصول على تأمين صحي خاص مقارنــة بأولئك الذين لم يكملوا المرحلة الثانوية ، والنساء كن أكثــر إقبــالا علــى الحصول على تأمين صحي خاص من الرجال، وكبار السن كانوا اقل احتمالا بأن يكون لديهم تأمين خاص ، كما اكتشفت الدراسة السابقة الــذكر أن الدخل العالي للعائلة كان مرتبطا ايجابيا وبشكل كبير باحتمال الحصول على تأمين صحي خاص .

ومثل ذلك، اكتشفت دراسة أجراها بلوم Bloom, B.1990 [٦٧] أن المــراهقين الذين ينتمون إلى عائلات فقيرة كانوا أقل احتمالا بأن يكونوا مؤمنين، هــذه المكتشفات تشير إلى أن القدرة على الدفع هي عامل حاسم فى تقرير الحصول على تأمين صحي خاص .

أما ماركوويتز وآخرين Markowitz and Colleagus (1991)[68] فقــد اقترحوا أيضا أن الأشخاص من الشباب الذين لا يقومون بإعالة أحد كــانوا أقل احتمالا لشراء تأمين صحي لأ م لم يروا حاجة لذلك.

إن تنفيذ أي برنامج تأمين صحي ليس بالأمر السهل ويجب أخذ الكثير مــن العوامل بعين الاعتبار، وأحد هذه العوامل هو عامل تكلفة التأمين أو المبلــغ الذي يتوجب على حاملي البوليصة دفعه، فمن المهم التذكير بمثل هذه العوامل عند تصميم أي برنامج تأمين صحي، ولسوء الحظ فان الدراسات السابقة لم تعتن كما يجب بالعوامل المؤثرة على قسط التأمين الصحي، وأقر ا أن العديد من الدراسات السابقة عندما ناقشت موضوع قسط التأمين الصحي كانــت تقترح أن بعض العوامل الاجتماعية السكانية والوضع الصحي الملاحظ أثرت على الرغبة في دفع كمية محددة من المــال للتــأمين الــصحي (McCall *et*

[67] Bloom, B.1990. Health Insurance and Medical Care : Health of our Nations Children , United States , 1988. Advance Data from *Vital and Health Statistics* , 88;1-8. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics .

[68] Markowitz, M.A., Gold, M., and Rice, T.1991 Determinant of Health Insurance Status Among Young Adults. *Medical Care, 29:6*.

al.199[69]*1;* Patric *et al.199*[70]*2;* Wilcox-Gok, and Rubin. 1994; Kubrin, 1995[71])

حتى الآن، ثلاث دراسات فقط قد ذكرت عوامل تؤثر بشكل مباشـر على قيمة المبالغ المدفوعة للتأمين الصحي، فمثلا دراسة كوليس وآخـرين، Chulis[72] *et al. 1995* اكتشفوا أن من بين المستفيدين من الرعاية الطبية الذين يحملون بوالص تأمين ،قد اشتروا بشكل فردي خطط تأمين صحي وكـان لديهم بوالص بمبالغ أعلى للشخص الواحد، من الخطط التي يدفعها أصحاب العمل .

وقد اكتشف Davis. *et al. 1995*[٧٣] مثلا، أن ٤٠% من أولئك الناس الـذين يحملون خطط تأمين مقدمة من صاحب العمل، قد طلب منهم دفع مبـالغ إضافية لزيارات الأطباء الواقعة خارج المنطقة. كما تبين أيضا أن ٤٢% مـن العائلات ذوي الدخل المنخفض و٤٦% من أولئك الذين يتمتعون بـصحة عادية أو ضعيفة، قد اختاروا اقل خطط التأمين تكلفة.

وقد أشار Buchmueller 1995[74] إلى أن الذين اختاروا تأمينا يغطي العائلـة صحيا، كان عليهم أن يدفعوا المزيد بالمقارنة مع أولئك الذين اختاروا التغطية لشخص واحد فقط.

وقد قامت **الجمعية الأمريكية للتأمين الـصحي** *(HIAA)*[75] بدراسـة لمعرفة أسباب ارتفاع أقساط التأمين الصحي، واستنتجت أن تغطية الخدمات الصحية (كالخدمات الم لية ووصفات الأدوية)كان لها التـأثير الأكـبر في

---

69 McCall , N., Rice,T., Boismier,J., and West, R.1991 Private Health insurance and Medical care Utilization : Evidence from the Medicare Population . *Inquiry , 28:276-287.*

70 Patrick, D.L., Madden,C.W., Diehr, P., et al . 1992 . Health Status and Use of Services Among families with and without Health insurance. *Medical care,30(10):941-949*

71 Kubrin,A.I.1995.The Role of Health insurance in the Use of Health Service Among the Non-elderly. *Journal of health & Social Policy, 6(4) : 73-90* .

72 Chulis,G.S., Eppig, F.J.,and Poisal ,J.A.1995 . Ownership and Average Premiums for Medicare Supplementary Insurance Policies . *Health care Financing Review ,17(1) : 225-275*

73 Davis. K., Rowland, D., Altman ,D., Collins,K.S., and Morris , C. 1995. Health Insurance: The Size and Shape of the problem. *Inquiry , 32:196-203*

74 Buchmueller ,T.C.1995 .Health Risk and Access to Employer -provided Health Insurance . *Inquiry , 32:75-86*

75 Health Insurance Association of America, *Why Do Health Insurance Premiums Rise? March 2000-* http://www.hiaa.org.*May 28, 2003*

ارتفاع أقساط التأمين وكذلك الزيادة في تكاليف العلاج، وأيضا عامل دخل الأسرة له تأثير على ارتفاع أقساط التأمين.

التعليق على الدراسات السابقة:

كما ذكر سـابقا، فـإن عـدة دراسـات مثـل ابـن سـعيد و (McCall *et al.1991;* Patric *et al.1992;* Wilcox-Gok, and Rubin. 1994; Kubrin, 1995) اقترحت أن المتغيرات الاجتماعية السكانية لهـا تـأثير على رغبة الأفراد فى دفع مبلغ معين كتأمين صحي وقد وجد ديفـس *et al.* Davis. *1995* أيضا علاقة مباشرة بين دخل العائلة ومبالغ التأمين الـصحي. والدراسة الحالية تفحصت التأثير المحتمل لعدة متغيرات اجتماعية سكانية على المبالغ المدفوعة للتأمين الصحي.

الدراسـات الـسابقة (McCall *et al.1991;* Patric *et al.1992;* Wilcox-Gok, and Rubin. 1994; Kubrin, 1995; Davis *et al 1995*) اقترحت إما مباشرة أو بطريقة غير مباشره أن اشتراكات التأمين الصحي كانت تتأثر دائما بالوضع الصحي للفرد .

دراسات Buchmueller 1995، Davis. *et al 1995*, Chulis et al 1995 ودراسة *(HIAA)* وجدت أن جوانب معينة من التغطية الصحية أثرت علـى الأقساط المدفوعة . وهكذا فإن هذه الدراسة ستقوم بتحديد العوامل المـؤثرة على قسط التأمين الصحي بالمملكة وكذلك أيضا دراسة ما إذا كانت التغطية لبوليصة التأمين الصحي من ضمن العوامل المؤثرة على قسط التأمين الصحي، وهذا ما يميز هذه الدراسة عن غيرها من الدراسات السابقة.

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

منهجية الدراسة

يقدم هذا الفصل شرحا لمنهجية و إجراءات الدراسة والتي تتضمن منهج الدراسة المستخدم و مجتمع الدراسة وطريقة اختيار العينة وأداة جمع البيانات مع الإجراءات المتبعة في صياغتها والتأكد من صدقها وثبا ا وتوزيعها واسترجاعها وأخيرا أساليب تحليل البيانات.

منهج الدراسة:

تم استخدام نمط الدراسة التحليلية الوصفية لدراسة التأمين الصحي التعاوني بما يتماشى وطبيعة هذه الدراسة، حيث تقوم على أساس توضيح خـصائص ظاهرة معينة، ويعتمد هذا الأسلوب على جمع الحقائق وتحليلـها وتفـسيرها لاستخلاص دلالا ا، وحصر العوامل المختلفة المؤثرة في قسط التأمين الصحي التعاوني. وتعد الدراسات التحليلية الوصفية الخطوة الأولى نحو تحقيق الفهـم الصحيح للواقع، ومن خلالها نتمكن من الإحاطة بأغلب الأبعاد المؤثرة على التأمين الصحي التعاوني بشكل عام، وعلى العوامل المؤثرة على قيمة قـسط التأمين الصحي بشكل خاص، وسيتم استخدام المنهج الوصـفي الارتبـاطي لبيان العلاقات بين بعض متغيرات الدراسة المستقلة والمتغير التابع.

ويرتكز المنهج الأساسي لهذه الدراسة على أسلوبين متكاملين:

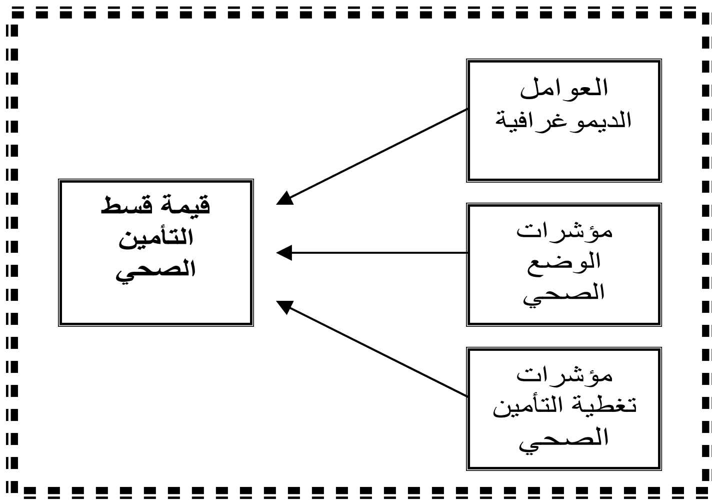
١ – أسلوب البحث المكتبي:

والذي يقوم على استعراض الكتب العلميـة والدراسـات الـسابقة والأبحاث المنشورة في الدوريات العلمية من الناحية العلمية والعملية التي تتعلق بمجال التأمين الصحي التعاوني، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسـة قامـت الباحثة بمراجعة أو بيان الدراسات المتعلقة بموضوع التأمين الصحي التعاوني.

٢ – أسلوب البحث الميداني:

والذي اعتمد على جمع وتحليل البيانات الميدانية من عينة مختارة بغرض خدمة أهداف البحث من خلال استخدام أداة رئيسة وهي استبانة مخصـصة لهذا الغرض يتم توزيعها على عينة البحث.

وقد تمت دراسة العوامل المؤثرة على قسط التأمين الصحي التعاوني من خلال ثلاثة جوانب كما يوضحها الشكل أدناه:



شكل (٢) نموذج تصوري للدراسة

مجتمع وعينة الدراسة:

ركزت الدراسة على مدينة الرياض وتمت على المرضى المؤمن علـيهم من قبل شركات التأمين الصحي وقد اختيرت عينة هذه الدراسة باسـتخدام أسلوب العينة العشوائية البسيطة، ومن أجل تحديد حجم العينة تم اسـتخدام المعادلة الرياضية العلمية التالية:

$$\frac{Pq(Z)^2}{(E)^2} = \text{حجم العينة}$$

حيث أن: (P) تمثل قيمة نسبة ا تمع تحت الدراسة
(q) تمثل قيمة النسبة المكملة للمجتمع الكلي
(Z) تمثل قيمة الدرجة المعيارية
(E) تمثل قيمة خطأ المعاينة

ومن خلال تطبيق المعادلة السابقة نجد أنه لكي تصبح العينة ممثلة للمجتمع، فإن حجمها يجب ألا يقل عن ٣٨٤ عينة من ا تمع تحت الدراسة كما يلي:

حجم العينة = $\frac{(0.5)(0.5)(1.96)^2}{(0.05)^2}$ = 384عينة.[٧٦]

وقد تم توزيع الاستمارات على المؤمن عليهم بالتعاون مع مكتب التنسيق للتأمين داخل المستشفى، وذلك على النحو التالي:

جدول (١) يبين توزيع الاستمارات والمستلم منها

المستشفى	الاستمارات الموزعة	الاستمارات المستلمة	نسبة الاستجابة
مستشفى المبارك	٢٥٠	١٨٩	%٧٥,٦
مستشفى الأسرة الدولي	٢٠٠	١٥٦	%٧٨
مستشفى التأمينات الاجتماعية	٢٥٠	٢٠٣	%٨١,٢
مستشفى سليمان الحبيب	٢٠٠	١٤٢	%٧١
المجموع	**٩٠٠**	**٦٩٠**	**% ٧٦,٦٧**

[76] القحطاني ، سالم سعيد ، وآخرون ، منهج البحث في العلوم السلوكية ، الرياض ١٤٢١هـ _ ٢٠٠٠م ، ص ٢٥٨ ـ ٢٥٩ .

أداة جمع البيانات:

كما ذكر آنفا ستعتمد هذه الدراسة على أداة رئيسة تتمثل في الاستبانة بوصفها أحد الأساليب العلمية لجمع البيانات المطلوبة من أجل تحقيق أهداف الدراسة، ومن أهمها معرفة آراء المؤمن عليهم حول العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني، وقد استخدمت الباحثة أداة الدراسة التي أعدها (ابن سعيد، ١٤٢٢هـ) في دراسته عن التأمين الصحي التعاوني الشامل في المملكة العربية السعودية لصالح مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، وذلك بعد أخذ إذن رسمي من المدينة، وقد تم حذف بعض الأسئلة التي ليست لها علاقة بالدراسة الحالية، وقد تضمنت الاستبانة على:

١ – أسلوب الأسئلة المباشرة:

وذلك بغرض الحصول على البيانات من مصادرها الأولية تجاه التأمين الصحي التعاوني والعوامل المؤثرة على قسط التأمين.

٢ – استخدام مقاييس ليكرت " الترتيبي" لقياس الاتجاه نحو العوامل المؤثرة على قسط التأمين:

وذلك بغرض تحديد درجات الموافقة وهي:

(موافق تماما، موافق، غير موافق، غير موافق إطلاقا)

صدق وثبات أداة الدراسة:

من اجل اعتماد الموضوعية في الاستبانة تم اختبار مصداقيتها قبل توزيعها بصفة ائية لكل متغير من المتغيرات الخاصة بالدراسة، وتم التأكد من ذلك من خلال عرضها على محكمين متخصصين وهم أساتذة في جامعة الملك سعود، للتأكد من أن كل سؤال يقيس ما وضع لقياسه، وبعد ذلك أجريت بعض التعديلات على الاستبانة حسب ملاحظة المحكمين، أما بالنسبة لاختبار ثبات الاستبانة فقد تم التحقق من ذلك باستخدام مقياس كرنباخ ألفا لحساب معامل الثبات الداخلي، حيث أظهرت النتائج أن قيمته لأسباب شراء وثيقة التأمين هي (٠,٧٦٨٧) مما يدل على أن الأسئلة تعكس ثبا ا.

طرق تحليل البيانات:

بعد الانتهاء من جمع الاستبيانات، تم فرزها وترميزها ومن ثم إدخالها بالحاسب الآلي، عن طريق برنامج التحليل الإحصائي *(SPSS for Windows)* وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

 الأسلوب الإحصائي الوصفي المتمثل بحساب التكرارات والنسب المئوية والانحراف المعياري و الوسط الحسابي للمتغيرات تحت الدراسة.

 معامل ارتباط بيرسون و Cramer's V لمعرفة العلاقة بين العوامل الديموغرافية ومؤشرات الحالة الصحية مع قسط التأمين الصحي التعاوني.

 اختبار " ت" لمعرفة الفروق بين المتوسطات.

 أسلوب تحليل الانحدار الخطي المتعدد بوصفه الأسلوب الإحصائي التحليلي المناسب وذلك يعود إلى أن المتغير التابع يأخذ شكل المتغيرات المتصلة وهذا المتغير يتمثل في قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني، إضافة إلى أن جميع المتغيرات المستقلة تأخذ الشكل نفسه كمتغيرات متصلة، مما يساعد على تحديد العلاقة بين قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني و المتغيرات المستقلة المتضمنة في الدراسة وتحديد نوع هذه العلاقة.

وستكون معادلة الانحدار الخطي المتعدد كما يلي:-

$$Y = Bo + B1\ X1 + B2\ X2 + B3\ X3 + \ldots + Bn\ X\ n$$

حيث:

Y = المتغير التابع (قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني)

Bo = الجزء المقطوع (الثابت) عند ما تكون جميع قيم Xi صفرية i = 1, 2, 3 ., n

Bi = معامل بيتا للمتغير المستقل حيث i = 1, 2, 3….n

Xi = المتغير المستقل i حيث i = 1, 2, 3….n

وحتى يكون هناك ربط حقيقي بين النظرية الإحصائية والتطبيق الفعلي لهـا يمكن استخدام معادلة الانحدار الخطي المتعدد الآنفة الذكر كما يلي:-

قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني = (B1) العمر + (B2) حجم الأسرة + (B3) المستوى التعليمي + (B4) الدخل الشهري + (B5) الزيارات السنوية + (B6) تغطية تكاليف الخدمات الصحية.

وبشكل عام يمكن تفسير نتائج علاقة المتغيرات المستقلة مـع المـتغير التـابع بالشكل التالي:-
إن تغير وضع المتغيرالدراسة:(X) بوحدة واحدة سوف يـؤدي إلى تغـيير في وضع المتغير التابع (Y) بقيمة معامل بيتا (B)، وبمعنى آخر إذا كانت قيمـة معامل بيتا إيجابية، فان العلاقة بين المتغيرين تصبح علاقة طردية، أما إذا كانت قيمة معامل بيتا سلبيه فإن العلاقة بين المتغيرين تصبح علاقة عكسية.

كيفية قياس متغيرات الدراسة :

تشتمل الاستبانة على أربعة أجزاء رئيسة:
الجزء الأول: البيانات الشخصية .
الجزء الثاني: مؤشرات الحالة الصحية .
الجزء الثالث: مؤشرات تغطية التأمين الصحي.
الجزء الرابع: وجهات وآراء ا يبين حول التأمين الصحي .

و يشتمل الجزء الأول من الاستبانة على البيانات الشخـصية أو الديمغرافيـة للمجيب كالعمر والجنس والجنسية و المهنة، والمستوى التعليمي وعدد سنوات الخبرة والدخل الشهري للأسرة وعدد أفراد الأسـرة والتركيبـة الأسـرية. ويوضح الجدول رقم (٢) كيفية قياس تلك المتغيرات.

جدول رقم (٢): المتغيرات الديموغرافية المستخدمة وكيفية قياسها في دراسة التأمين الصحي التعاوني

المتغير	قياس المتغير			
العمر	متغير متصل			
الجنسية	سعودي	١	غير سعودي	٢
الجنس	ذكر	١	أنثى	٢
المهنة	موظف حكومي	١	قطاع خاص	٢
	لا أعمل	٣	طالب	٤
	رجل أعمال	٥	أخرى	٦
المستوى التعليمي	أقل من الثانوي	١	الشهادة الثانوية	٢
	جامعي	٣	دراسات عليا	٤
سنوات الخبرة	متغير متصل			
عدد الأفراد العاملين بالأسرة	متغير متصل			
الدخل الشهري	متغير متصل			
الحالة الاجتماعية	متزوج	١	غير متزوج	٢
هل تعمل الزوجة؟	نعم	١	لا	٢
الدخل الشهري للزوجة	متغير متصل			
عدد أفراد الأسرة	متغير متصل			
التركيبة العائلية	زوج وزوجة فقط	١	أب وأم وأطفال	٢
	أب مع أطفال فقط	٣	أم مع أطفال فقط	٤
	أخرى	٥		

وكما يشتمل الجزء الثاني من الاستبانة على مؤشرات الحالة الصحية من خلال أسئلة تعكس آراء ا يبين حول حالتهم الصحية، كما هو موضح في الجدول رقم (٣).

جدول رقم (٣) : المتغيرات المستخدمة كمؤشرات للحالة الصحية وكيفية قياسها في دراسة التأمين الصحي التعاوني

المتغير	قياس المتغير			
	ممتازة	١	جيدة	٢
	متوسطة	٣	ضعيفة	٤
تواجد مرض مزمن	نعم	١	لا	٢
زيارات الطبيب خلال الشهر الماضي	متغير متصل			
زيارات الطبيب خلال العام الماضي	متغير متصل			
التنويم خلال السنة الماضية	نعم	١	لا	٢

أما الجزء الثالث من الاستبانة فيشتمل على مؤشـرات تغطيـة التـأمين الصحي.وتعكس الأسئلة التمتع بنوع من أنواع التأمين الصحي ومدى تغطية وثيقـة التأمين للمؤمن عليهم ولأفراد أسر م والمبالغ التي تم دفعها كقيمة لوثيقـة التـأمين الصحي ومدى تغطية التكاليف للخدمات الصحية، كما هو موضح في الجدول رقم (٤):

جدول رقم (٤): المتغيرات المستخدمة كمؤشرات تغطية التأمين الصحي وكيفية قياسها في دراسة التأمين الصحي التعاوني

المتغير	**قياس المتغير**					
نوع التأمين الصحي	تجاري(خاص)	١	تأمين عن طريق العمل	٢	أخرى	٣
مقدار ما تم دفعه سنويا	متغير متصل					
شمولية التأمين الصحي	جميع أفراد العائلة	١	الشخص فقط	٢		
تغطية تكاليف الخدمات من خلال التأمين الصحي		نعم	لا	أخرى		
	زيارات العيادات الخارجية	١	٢	٣		
	علاج الأسنان	١	٢			
	العمليات الجراحية الكبرى	١	٢			
	الوصفات الطبية	١	٢			
	العمليات الجراحية الصغرى	١	٢			
	علاج أمراض العيون	١	٢			
	علاج الأمراض النفسية	١	٢			

وكما يشتمل الجزء الرابع من الاستبانة على بعض الأسئلة التي تعكس آراء واتجاهات ا يبين " المؤمن عليهم " حول الأسـباب الـتي سـاهمت في شرائهم للتأمين الصحي، وعن الأسباب التي أدت إلى اختيار مستشفى معـين كما هو موضح في الجدول رقم (٥).

جدول رقم (٥) : المتغيرات المستخدمة لمعرفة وجهات وآراء المجيبين حول التأمين الصحي وكيفية قياسها في دراسة التأمين الصحي التعاوني

المتغير	**قياس المتغير**			
الأسباب التي ساهمت في شراء التأمين الصحي	أوافق تماما	٤	أوافق	٣
	لا أوافق	٢	لا أوافق إطلاقا	١
الأسباب التي ساهمت في اختيار المستشفى	أوافق تماما	٤	أوافق	٣
	لا أوافق	٢	لا أوافق إطلاقا	١

الفصل الرابع

عرض وتحليل بيانات الدراسة

الفصل الرابع
عرض وتحليل بيانات الدراسة

يتطرق هذا الفصل إلى عرض وتحليل البيانات للإجابة عن تـساؤلات الدراسة، حيث يبدأ أولا بوصف لخصائص عينة الدراسة، ثم يأتي ثانيا عرض نتائج العلاقة بين العوامل الديموغرافية وقسط التأمين الصحي التعاوني، ثم أخيرا عرض وتحليل البيانات والذي يشتمل على اختبار " ت"، و تحليل الانحـدار المتعدد وذلك لمعرفة العوامل المؤثرة على قسط التأمين الصحي التعاوني.

وصف خصائص عينة الدراسة:

أولاً: العوامل الديموغرافية:

تم تحليل البيانات من اجل تحقيق أهداف الدراسة، وذلك من خـلال استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة.

جدول رقم (٦): التوزيع التكراري والنسب المئوية للعوامل الديموغرافية للمجيبين:

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية %
- العـمـــــر		
أقل من ٢٥ سنة	١١٨	١٧,١
٢٥ – ٤٠ سنة	٤٦٦	٦٧,٥
٤١ – ٦٠ سنة	٩٢	١٣,٣
أكثر من ٦٠ سنة	١٤	٢,٠
- الجنـــــس		
ذكر	٥١٩	٧٥,٢
أنثى	١٧١	٢٤,٨
- الجنسيـــة		
سعودي	٥٥٧	٨٠,٧
غير سعودي	١٣٣	١٩,٣
- الحالة الاجتماعية		
متزوج	٤٨١	٦٩,٧
غير متزوج	٢٠٩	٣٠,٣
- في حالة الزواج، هل تعمل الزوجة/ الزوج؟		
نعم	١٤٧	٢١,٣
لا	٥٤٣	٧٨,٧
يتبع		

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية %
- إذا كانت الإجابة (نعم) فما الدخل الشهري ؟		
أقل من ٢٥٠٠ ريـال	٥٨١	٨٤,٢
٢٥٠٠ – ٥٠٠٠ ريال	٥٨	٨,٤
أكثر من ٥٠٠٠ ريـال	٥١	٧,٤
- الدخل الشهري للأسرة		
أقل من ٢٥٠٠ ريـال	٧٠	١٠,١
٢٥٠٠ – ٥٠٠٠ ريال	٣٠٩	٤٤,٨
٥٠٠٠ – ١٠٠٠٠ ريال	٢٥٤	٣٦,٨
أكثر من ١٠٠٠٠ ريال	٥٧	٨,٣
- المستوى التعليمي		
أقل من الثانوية	٨٩	١٢,٩
الشهادة الثانوية	٢٢٨	٣٣,٠
المستوى الجامعي	٣٣١	٤٨,٠
أعلى من المستوى الجامعي	٤٢	٦,١
- المهنة		
موظف حكومي	٣٣٧	٤٨,٨
موظف قطاع خاص	٢٢٢	٣٢,٢
لا يعمل	٥٦	٨,١
طالب	٥٥	٨,٠
رجل أعمال	٢٠	٢,٩
- سنوات الخبرة		
أقل من ٥ سنوات	٢٢٩	٣٣,٢
من ٥ – ١٥ سنة	٣٠٣	٤٣,٩
أكثر من ١٥ سنة	١٥٨	٢٢,٩
- عدد أفراد الأسرة		
أقل من ٥ سنـوات	٣٤٢	٤٩,٦
٥ – ١٠ سنـ ـوات	٢٨٣	٤١,٠
أكثر من ١٠ سنوات	٦٥	٩,٤
- عدد أفراد الأسرة الذين يعملون		
لا أحد	٢٧٠	٣٩,١
واحد فقط	١٥٩	٢٣,٠
أكثر من واحد	٢٦١	٣٧,٨
- التركيبـة الأسرية		
الزوج والزوجة فقط	٦٧	٩,٧
الزوج والزوجة والأطفال	٥٤٦	٧٩,١
الزوج والأطفال فقط	٥	٠,٧
الزوجة والأطفال فقط	٤٠	٥,٨
أخرى	٣٢	٤,٦

ويتضح من الجدول رقم (٦) أن أعلى نسبة للمجيبين كانت للـذين تتراوح أعمارهم بين ٢٥ – ٤٠ سنة (٦٧,٧%) أعلىا أقل نسبة كانـت للذين أعمارهم أكثر من ٦٠ سنة (٢%) ويتضح من الجدول نفـسه إلى أن ا يبين من الذكور (٧٥,٢%) كانت نسبتهم أعلى مـن نـسبة الإنـاث (٢٤,٨%). وفي الجدول نفسه، نجد أن نـسبة ا يـبين مـن الـسعوديين (٨٠,٧%) أعلى من نسبة غير السعوديين (١٩,٣%).

ونستنتج أيضا من الجدول رقم (٦) أن النسبة الأعلى للمجيبين كانت مـن المتزوجين (٦٩,٧%). ٧%)، من الجدول نفسه أن النسبة الأكبر من ا يبين لا تعمل زوجا م (٧٨,٧%)، وكذلك أن (٤٤,٨%) من ا يبين لهم دخل شهري يتراوح بين ٢٥٠٠-٥٠٠٠ ريال. ومن ناحية المـستوى التعليمـي للمجيبين، تبين نتائج الدراسة أن النسبة الأعلى مـن الجـامعيين (٤٨%)، والنسبة الأقل للذين هم أعلى من المستوى الجامعي (٦%).

ومن خلال دراسة الجدول رقم (٦) نجد أن غالبية ا يبين يعملون بوظـائف حكومية (٤٩%)، ويليهم الذين يعملون بالقطاع الخاص (٣٢%)، وكمـا نجد أن النسبة الأعلى من ا يبين كانت للذين لديهم خبرة عمل من ٥ – ١٠ سنوات (٤٤%). وبينت النتائج أن (٧٩%) من ا يبين يتمتعـون بتركيبـة أسرية تتكون من أسرة كاملة (الزوج والزوجة والأطفال). وبالنسبة لعـدد أفراد الأسرة يتضح من الجدول نفسه، أن النسبة الأعلى كانت للأسر التي يقل عددها عن ٥ أفراد (٤٩,٦%). وبالنسبة لعدد أفراد الأسرة الذين يعملـون، بينت النتائج أن (٣٩,١%) من ا يبين أوضحوا أن لا أحد من أفراد الأسرة يعمل، بينما نسبة (٣٧,٨%) يعمل أكثر من واحد في الأسرة وهي نـسب متقاربة.

ثانياً: مؤشرات الحالة الصحية:

وفيما يتعلق بمؤشرات الحالة الصحية للمجيبين بينت نتـائج الدراسـة بالجدول رقم (٧) أن نسبة الذين حالتهم صحية ممتـازة وجيـدة كانـت (٧٦,٥%)، بينما الذين حالتهم الصحية ضعيفة أو غير جيـدة (٢٣,٥%) ويتضح لنا أيضاً من الجدول نفسه أن نسبة الذين لا يعانون من مرض مـزمن من المجيبين كانت (٨٣,٥%)، بينما كانت نسبة الذين يعانون مـن مـرض مزمن (١٦,٥%). وحول عدد الزيارات التي قام بها المجيبـون للطبيـب في الشهر السابق لعمل الدراسة، توضح النتائج أن الذين قاموا بزيـارة واحـدة نسبتهم (٧٣%)، بينما الذين قاموا بأكثر من خمس زيـارات (٣%). أمـا بالنسبة لزيارات المجيبين إلى الطبيب في العام السابق للدراسة، بينت النتائج أن الذين لهم أقل من ٥ زيارات نسبتهم (٦٧%)، أما الذين كان لهم أكثر مـن ١٠ زيارات (٨%)، أما الذين تم تنويمهم بأحد المستشفيات لم تتعد نـسبتهم (٣٠,٦%)، وهذا يدل على أن غالبية أفراد العينة يتمتعون بصحة جيدة.

جدول رقم (٧): التوزيع التكراري والنسب المئوية لمؤشرات الحالة الصحية للمجيبين:

المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية %
- الحالة الصحية		
جيدة	٥٢٨	٧٦,٥
غير جيدة	١٦٢	٢٣,٥
- تواجد مرض مزمن		
نعم	١١٤	١٦,٥
لا	٥٧٦	٨٣,٥
- عدد الزيارات للطبيب خلال الشهر الماضي		
زيارة واحدة	٥٠٦	٧٣,٣
٢ – ٥ زيارات	١٦٢	٢٣,٥
أكثر من ٥ زيارات	٢٢	٣,٢
- عدد الزيارات للطبيب خلال العام الماضي		
أقل من ٥ زيـارات	٤٦٠	٦٦,٧
٥ – ١٠ زيـارات	١٧٥	٢٥,٤
أكثر من ١٠ زيارات	٥٥	٨,٠
- التنويم خلال السنة الماضية		
نعم	٢١١	٣٠,٦
لا	٤٧٩	٦٩,٤

ثالثاً: مؤشرات تغطية وثيقة التأمين الصحي

وبالنسبة لمؤشرات تغطية وثيقة التأمين الصحي بين ا يـبين يوضـح الجدول رقم (٨) أن الغالبية من المؤمن عليهم لديهم وثيقة التأمين عن طريـق العمل (٥٧,١%)، بينما تمثل نسبة التأمين التجاري الخاص فقط (٤٢,٩%). كما نجد أن (٧٥,٩%) من ا يبين لديهم وثيقة تأمين صحية تغطي الفـرد وجميع أفراد العائلة، بينما (٢٤,١%) من العينة أوضحوا أن الوثيقة تغطـي الفرد نفسه فقط.

جدول رقم (٨): التوزيع التكراري والنسب المئوية لمؤشرات تغطية التـأمين الـصحي للمجيبين:

المتغيرات	التكرار		النسبة المئوية %	
- نوع التأمين الصحي				
تجاري خاص	٢٩٦		٤٢,٩	
عن طريق العمل	٣٩٤		٥٧,١	
- شمولية التأمين الصحي				
جميع أفراد العائلة	٥٢٤		٧٥,٩	
الشخص فقط	١٦٦		٢٤,١	
- مقدار ما تم دفعه سنوياً				
أقل من ١٠٠٠ ريـال	٣٧٤		٥٤,٢	
١٠٠٠ – ٢٠٠٠ ريال	٢٤٧		٣٥,٨	
أكثر من ٢٠٠٠ ريال	٦٩		١٠,٠	
- التكاليف التي يتم تغطيتها من قبل التأمين الصحي				
	نعم	**لا**	**نعم**	**لا**
تكاليف زيارة العيادات الخارجية	٥٧٩	١١١	٨٣,٩	١٦,١
تكاليف زيارة عيادات الأسنان	٧٩	٦١١	١١,٤	٨٨,١
تكاليف العمليات الجراحية الصغرى	٤٥٩	٢٣١	٦٦,٥	٣٣,٥
تكاليف العمليات الجراحية الكبرى	٢٩	٦٦١	٤,٢	٩٥,٨
تكاليف الوصفات الطبية	٥٩٩	٩٩	٨٦,٨	١٣,٢
تكاليف علاج أمراض العيون	٣٣	٦٥٧	٤,٨	٩٥,٢
تكاليف علاج الأمراض النفسية	٥٦	٦٣٤	٨,١	٩١,٩

وكذلك نلاحظ في الجدول رقـم (٨) أن (٥٤,٢%) مـن ا يـبين أوضحوا أ م يدفعون أقل من ١٠٠٠ريال لوثيقة التأمين الصحي، بينما نجـد أن (١٠%) منهم أوضحوا أ م لا يدفعون أكثر من ٢٠٠٠ ريال.

وفيما يتعلق بتغطية وثيقة التأمين الصحي للنفقات الطبيـة، يوضـح الجدول رقم (٨) أن (٨٤%) من ا يبين أوضحوا أن تكـاليف الزيـارات للعيادات الخارجية يتم دفعها من قبل وثيقة التأمين الصحي، بينما نجد أن فقط (٤%) منهم أوضحوا أن تكاليف العمليات الجراحية الكبرى يتم تغطيتها من قبل الوثيقة. ويوضح الجدول نفسه أن الغالبية من المؤمن علـيهم (٦٦,٥%) أوضحوا أن تكاليف العمليات الجراحية الصغرى مغطاة مـن قبـل شـركة التأمين، بينما نسبة كبيرة منهم (٩٢%) منهم أوضحوا أن تكاليف العـلاج النفسي لا تغطيها وثيقة التأمين الصحي. كذلك نجـد أن (٨٨,٦%) مـن ا يبين أوضحوا أن تكاليف علاج طب الأسنان لا يتم تغطيتها من ا يـبين أوضحوان الصحي، في المقابل نجد أن (٨٦,٨%) من ا يـبين أكـدوا أن تكاليف الوصفات الطبية يتم تغطيتها، وأن نسبة كبيرة (٩٥%)من ا يـبين أوضحوا أن تكاليف علاج طب العيون لا يتم تغطيتها من قبل تلك الوثيقة.

رابعاً: الأسباب التي قد تساهم في شراء وثيقة التأمين الصحي:

وللإجابة عن السؤال الخاص بالأسباب التي قد تساهم في شراء وثيقـة التأمين الصحي من وجهة نظر المؤمن عليهم، يوضح الجدول رقم (٩) مـن خلال نتائج الدراسة أن (٧٦,٨%) من ا يبين أكدوا على أن "الحالة الصحية لأحد أفراد العائلة" من أهم الأسباب لشراء وثيقة التأمين الصحي، وكـذلك "الحالة الصحية" للمجيب حيث بلغت نسبة الموافقين على ذلك (٧٢,٩%). وقد أكد ا يبون على أن "وجود تخصصات نادرة في القطاع الصحي الخاص" تعد من العوامل التي ساهمت في شراء الوثيقـة (٧١,٢%). كمـا يوضـح الجدول نفسه أن "تدني مستوى الخدمات الصحية بالقطاع العام" و"طبيعـة العمل الذي أقوم به" وكذلك أن "الشركة التي أعمل ـا تـوفر التـأمين"

و"ارتفاع أسعار الخدمات الصحية" وأخيراً "الانتظار الطويل في المستشفيات الحكومية "من الأسباب الرئيسة التي ساهمت في شراء وثيقة التأمين الصحي.
وفي المقابل لم توافق النسبة العظمى من ا يبين على أهمية كل من "كثرة عدد أفراد الأسرة"، و"جودة الخدمات المقدمة بالقطاع الصحي الخاص" و"لتغطية تكاليف علاج طب الأسنان" و"حسن معاملة مـوظفي القطـاع الـصحي الخاص" في شراء وثيقة التأمين الصحي.

جدول رقم (٩): التوزيع التكراري والنسب المئوية للأسباب التـي تـساهم فـي شـراء وثيقـة التأمين الصحي من وجهة نظر المجيبين:

الأسباب		لا أوافق إطلاقاً	لا أوافق	أوافق	أوافق تماماً	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ارتفاع أسعار الخدمات الطبية	التكرار	١٥٢	٩١	٤٠٧	٤٠	٣,٦٧	١,٧٣
	النسبة المئوية	٢٢,٠	١٣,٢	٥٩,٠	٥,٨		
طبيعة العمل الذي أقوم به	التكرار	٥٣	١٥٦	٤٤٠	٤١	٣,٩٦	١,٤٩
	النسبة المئوية	٧,٧	٢٢,٦	٦٣,٨	٥,٩		
وجود تخصـصات نـادرة فـي القطاع الخاص	التكرار	٦٧	١٣١	٤٤٧	٤٤	٣,٩٨	١,٥١
	النسبة المئوية	٩,٧	١٩,٠	٦٤,٨	٦,٤		
الانتظار الطويل في المستـشفيات الحكومية	التكرار	١٥٩	٩٢	٤١٣	٢٦	٣,٦٤	١,٧٦
	النسبة المئوية	٢٣,٠	١٣,٣	٥٩,٩	٣,٨		
تدني مستوى خدمات القطاع العام الصحية	التكرار	٨٢	١٣٢	٤١٦	٦٠	٣,٨٦	١,٥٦
	النسبة المئوية	١١,٩	١٩,١	٦٠,٣	٨,٧		
الشركة التي أعمـل بهـا تـوفر التأمين	التكرار	٩٨	١٠٩	٤٣٩	٤٤	٣,٨٩	١,٥٩
	النسبة المئوية	١٤,٢	١٥,٨	٦٣,٦	٦,٤		
كثرة عدد أفراد أسرتي	التكرار	٤٨٣	١٢٦	٢١	٦٠	١,٥٧	١,٠٧
	النسبة المئوية	٧٠,٠	١٨,٣	٣,٠	٨,٧		
جودة الخدمات المقدمة في القطاع الخاص	التكرار	٤٩٩	١٤٢	١١	٣٨	١,٤٣	٠,٨٨
	النسبة المئوية	٧٢,٣	٢٠,٦	١,٦	٥,٥		
لتغطية تكاليف علاج الأسنان	التكرار	٥٠٩	١٢٥	٢٦	٣٠	١,٤٦	٠,٩٨
	النسبة المئوية	٧٣,٨	١٨,١	٣,٨	٤,٣		
حسن معاملة موظفي القطاع الخاص	التكرار	٤٩٤	١٥٤	١١	٣١	١,٤٢	٠,٨٤
	النسبة المئوية	٧١,٦	٢٢,٣	١,٦	٤,٥		
حالتي الصحية	التكرار	٥٧	١٣٠	٤٤٩	٥٤	٤,٠٣	١,٤٧
	النسبة المئوية	٨,٣	١٨,٨	٦٥,١	٧,٨		
حالة أحد أفراد العائلة الصحية	التكرار	٤٠	١٢٠	٤٦٧	٦٣	٤,١٦	١,٣٧
	النسبة المئوية	٥,٨	١٧,٤	٦٧,٧	٩,١		

خامساً: آراء المجيبين حول الأسباب المحتملة لاختيار المستشفى:

أما السؤال الخاص بالأسباب التي أثـرت في اختيـار أفـراد العينـة للمستشفى من أجل العلاج، يوضح الجدول رقم (١٠) من خـلال نتـائج الدراسة أن السبب الأول في اختيار المستشفى للعلاج هو أن "شركة التأمين تجبر المؤمن عليهم على المراجعة في ذلك المستشفى". وكما بينت النتـائج أن السبب الثاني في اختيار المستشفى يعود إلى "جودة الخدمات المقدمة أعلى من تلك المقدمة في غيره".

جدول رقم (١٠): التوزيع التكراري والنسب المئوية للأسباب التي قد أثرت في اختيار مستشفى معين للعلاج من وجهة نظر المجيبين:

الأسباب		لا أوافق إطلاقاً	لا أوافق	أوافق	أوافق تماماً	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
شركة التأمين تجبرني على المراجعة فيه	التكرار	٨٣	٨٤	٤٥١	٧٢	٤,٠٥	١,٤٩
	النسبة المئوية	١٢,٠	١٢,٢	٦٥,٤	١٠,٤		
أسعار الخدمات فيه أرخص من غيره	التكرار	٤٥	٥٢٢	٤٨	٧٥	٢,٣٦	١,٠٠
	النسبة المئوية	٦,٥	٧٥,٧	٧,٠	١٠,٩		
جودة الخدمات المقدمة أعلى من غيره	التكرار	١١٦	٢٠١	٩	٣٦٤	٢,٩٣	١,٢٤
	النسبة المئوية	١٦,٨	٢٩,١	١,٣	٥٢,٨		
قربه من مكان سكني	التكرار	٧٧	٥٢٠	٢٣	٧٠	٢,١٩	٠,٨٨
	النسبة المئوية	١١,٢	٧٥,٤	٣,٣	١٠,١		
بسبب وجود طبيب أو أطباء يتمتعون بسمعة جيدة	التكرار	٤٦٨	١٩٠	١٢	٢٠	١,٤٣	٠,٧٩
	النسبة المئوية	٦٧,٨	٢٧,٥	١,٧	٢,٩		
طول الانتظار في المستشفيات الحكومية	التكرار	١٦٦	٤٧٥	١٧	٣٢	١,٩٣	٠,٨٠
	النسبة المئوية	٢٤,١	٦٨,٨	٢,٥	٤,٦		

وفي المقابل لم توافق النسبة العظمى من ا يبين على أهمية كل مـن "طـول الانتظار في المستشفيات الحكومية" و"بسبب وجود طبيب أو أطباء يتمتعـون بسمعة جيدة" و"قرب المستشفى من مكان السكن" و"أسعار الخدمات فيـه ارخص من غيره" في التأثير على المريض عند اختيار المستشفى للعلاج.

سادسا: العلاقة بين متغيرات الدراسة:

ولمعرفة العلاقة بين العوامل الديموغرافية و مؤشرات الحالة الصحية مـع قسط التأمين الصحي التعاوني، فقد تم استخراج معاملات الارتبـاط حيـث يوضح الجدولان رقم (١١) و (١٢) نتيجة هذه الاختبارات.

جدول رقم (١١)

معامل ارتباط بيرسون لمتغيرات الدراسة

المتغير	العمر	المستوى التعليمي	الخبرة العملية	حجم الأسرة	الدخل الشهري	الزيارات السنوية	القسط السنوي
العمر	--						
المستوى التعليمي	-٠,٠٦٩	--					
الخبرة العملية	**٠,٦٠٤**	٠,٠٥-	--				
حجم الأسرة	*٠,٠٥٨	**٠,١٠٩	**٠,١٥٧	--			
الدخل الشهري	**٠,١٢٦	**٠,٢٤٩	**٠,٢١٣	*٠,٠٧٨	--		
الزيارات السنوية	٠,٠٣٩-	٠,٠٠٦-	٠,٠١٥	٠,٠٠٥	-٠,٠٠٥	--	
القسط السنوي	٠,٠١٤	-٠,٠٦٣	٠,٠٣١	*.٠٨٢.	٠,٠١٦	٠,٠٠٥	--

*مستوى معنوية أقل من ٠,٠٥

**مستوى معنوية أقل من ٠,٠١

وكما يوضح الجدول السابق، فإن هناك بعض العلاقات ذات الدلالة الإحصائية بين متغيرات الدراسة. فعلى مستوى المتغيرات الشخصية، هناك علاقة إيجابية بين كل من: العمر والخبرة العملية وحجم الأسرة والدخل الشهري تراوحت ما بين ٠,٦٠٤ و ٠,٠٥٨ أما بالنسبة لقسط التأمين فقد وجدت علاقة إيجابية بينه وبين حجم الأسرة حيث بلغ مقدار تلك العلاقة ٠,٠٨٢. هذه النتيجة يمكن تفسيرها بأن أفراد العينة الذين تعد أسرهم كبيرة ترى أن قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني عالية، وهذا منطقي فإن الأسرة ذات الحجم الكبير ستدفع قسطاً أعلى من الأسرة التي حجمها صغير. أما بقية المتغيرات الشخصية فلا تربطها علاقة إحصائية بقسط التأمين، ما يعني أن الموظفين صغار السن وكبارهاالتأمين.المؤهلات التعليمية العليا والدنيا، وذوي الخبرة الطويلة والقصيرة، والدخل الشهري المتوسط أو المرتفع، لهم نفس قيمة قسط التأمين، أي أنه لا يوجد تأثير لهذه العوامل على قسط التأمين. وكذلك الحال بالنسبة للزيارات السنوية للطبيب فإنه لا يوجد علاقة بينها وبين أي من المتغيرات الشخصية وقسط التأمين .

ولمعرفة قوة العلاقة بين متغيرات الدراسة تم استخدام اختبار " cramer's V" بين المتغيرات الجنسية، الجنس، الحالة الاجتماعية، الحالة الصحية، نوع التأمين، مع قسط التأمين الصحي:

جدول (١٢) نتائج اختبار " cramer's V"

المتغير	الجنسية	الجنس	الحالة الاجتماعية	الحالة الصحية	نوع التأمين
قيمةcramer's V	٠,٠٣٣	٠,٠٧٥	٠,٠٧٣	٠,٠٦٦	٠,٠٥٨
مستوى الدلالة	٠,٦٨٢	٠,١٤٣	٠,١٥٨	٠,٢٢٠	٠,٣٠٩

نلاحظ من الجدول السابق وبالنظر إلى قيمـة "cramer's V" ومـستويات الدلالة للمتغيرات السابقة نلاحظ أ ا تشير إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين قسط التأمين و كل من الجنس أو الجنسية أو الحالة الاجتماعيـة أو الحالة الصحية أو نوع التأمين.

سابعا: نتائج اختبار "ت":

ولمعرفة هل يختلف قسط التأمين باختلاف جنس المؤمن عليه، أو جنسيته، أو حالته الاجتماعية، أو اختلاف نوع التأمين، تم اســتخدام اختبــار "ت"، ويوضح جدول رقم (١٣) نتائج هذا الاختبار.

جدول رقم (١٣)

الفروق بين المتوسطات بين بعض العوامل الديموغرافية و قسط التأمين من خلال اختبار "ت"

المتغير	قياس المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ـ ت	مستوى الدلالة
الجنس	ذكر	٣,٠٧٩	٠,١٨٧١	٠,٠٢٩	٠,٩٧٧
	انثى	٣,٠٨٠	٠,١٩٣٨		
الجنسية	سعودي	٣,٠٧٨	٠,١٩٤٧	٠,١٤١	٠,٨٨٨
	غير سعودي	٣,٠٨١	٠,١٦٧٩		
الحالة الاجتماعية	متزوج	٣,٠٧٦	٠,١٩٠٧	-٠,٧٧٣	٠,٤٤٨
	أعزب	٣,٠٨٧	٠,١٨٢٧		
الحالة الصحية	جيدة	٣,٠٧٧	٠,١٨٥٢	-٠,١٢٧	٠,٨٩٩
	غير جيدة	٣,٠٨٠	٠,١٩٨٦		
مرض مزمن	يوجد	٣,٠٧٧	٠,٢٠٠٤	٠,١٢٠	٠,٩٠٥
	لايوجد	٣,٠٧٩	٠,١٨٦٠		
نوع التأمين	خاص	٣,٠٨١	٠,١٩٣٨	٠,٠٨٦	٠,٩٣٢
	عن طريق العمل	٣,٠٧٩	٠,١٨٤٢		

وكما يلاحظ من الجدول رقم (١٣)، بالنسبة للمتغيرات الشخصية تشير نتيجة اختبار- "ت" إلى أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة فيما يتعلق بقسط التأمين الصحي ترجع إلى متغيرات الجنس أو الجنسية أو الحالة الاجتماعية، ما يعني أنه لا فرق بين السعودي وغير السعودي أو كون ا يب ذكراً أو أنثى أو متزوجاً أو أعزب على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني، كذلك بالنسبة لمؤشرات الحالة الصحية فإنه تشير نتيجة اختبار- "ت" إلى أنه ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة. أي أنه لا فرق في مستوى الحالة الصحية أو تواجد مرض مزمن أو كون التأمين تجارياً خاصاً أو عن طريق العمل، فإن هذه العوامل لا تؤثر على قيمة قسط التأمين الصحي سواء بالزيادة أو بالنقص.

وهذا يؤكد نتائج اختبار " cramer's V" السابق.

سابعاً: نتائج تحليل الانحدار الخطي لمتغيرات الدراسة:

ومن أجل تحقيق هدف الدراسة في التعرف على مدى تأثير العوامـل الديموغرافية على قيمة قسط التأمين الصحي السنوي، تم اسـتخدام معادلـة الانحدار المتعدد المتدرج ، لجميع العوامل التي يعتقد أ ا تؤثر في قيمة قـسط التأمين الصحي التعاوني السنوي .

و يوضح الجدول رقم (١٤) نتائج تحليل الانحدار الخطـي المتعـدد ، حيث تبين أنه ليس هناك علاقة يعتد ا إحصائيا بين عمر ا يب وقيمة قسط التأمين الصحي. بمعنى اخر، أنه مهما كان عمر ا يب "حسب نتائج الدراسة " فإن ذلك لن يؤثر على قيمة قسط التأمين الصحي، ونستطيع أن نربط هذا بكون غالبية أفراد العينة موظفين، والتأمين الصحي تم توفيره من قبل جهات العمل التي يعملون ا، فإنه لا فرق بالنسبة لها بين أعمار المؤمن عليهم. وذلك لأن التأمين يقدم على شكل حزمة كاملة لجميع الموظفين.

وكما هو الحال بالنسبة للخبرة ومستوى التعليم والدخل الشهري فإنه لـيس هناك علاقة يعتد ا إحصائيا بين هذه المتغيرات و قيمة قسط التأمين الصحي، وبمعنى آخر: أنه مهما كان المستوى التعليمي لأفراد العينة أو مـدة الخـبرة العملية أو الدخل الشهري، فإ ا لا تؤثر على قيمة قسط التأمين الصحي.

وكما يوضح الجدول رقم (١٤) بينت النتائج أنه ليس هناك علاقة يعتد ـا إحصائيا بين عدد الزيارات السنوية و الشهرية للطبيب وقيمة قسط التـأمين الصحي. وبمعنى آخر: مهما كانت عدد الزيارات السنوية والشهرية فإ ـا لا تؤثر على قيمة قسط التأمين الصحي.

جدول (١٤) المتغيرات المستقلة ومدى تأثيرها على قيمة قسط التأمين من خلال استخدام معادلة الانحدار الخطي:

المتغيرات	معامل بيتا	قيمة ت	مستوى الدلالة
العمر	٠,٠٥١-	١,٠٢٨-	٠,٢٨٠
الجنسية	٠,٠٣٠-	٠,٧٦٦-	٠,٤٣٨
الجنس	٠,٠٣١-	٠,٨٥٦-	٠,٣٩٢
الحالة الاجتماعية	٠,٠٣٦-	٠,٨٩٢-	٠,٣٧٣
المهنة	٠,٠٦٢	١,٧٥٤	٠,٠٨٠
المستوى التعليمي	٠,٠٣١-	٠,٨٢٨-	٠,٤٠٨
الخبرة	٠,٠١٩	٠,٤٢٣	٠,٦٧٣
الدخل الشهري	٠,٠٧٧	١,٩٤٠	٠,٠٥٣
دخل الزوجة	٠,٠٢٠ -	٠,٥٤٢-	٠,٥٨٨
حجم الأسرة	٠,٠٥٦	١,٥٣٠	٠,١٢٦
الوضع الصحي	٠,٠١١	٠,٢٩٧	٠,٧٦٦
وجود مرض مزمن	٠,٠٠٦	٠,١٦٣	٠,٨٧٠
نوع التأمين	٠,٠١٤	٠,٣٨٥	٠,٧٠١
شمولية التأمين	٠,٤٤٢	١٢,٨٢١	٠,٠٠٠
الزيارات الشهرية	٠,٠٤٦	١,١٥٨	٠,٢٤٧
الزيارات السنوية	٠,٠٢٦	٠,٦٣٥	٠,٥٢٦
تكاليف زيارة العيادات الخارجية	٠,١٢٤	٢,٤٨٠	٠,٠١٣
تكاليف العمليات الجراحية الكبرى	٠,١٩٨-	٢,٣٤٠-	٠,٠٢٠
تكاليف العمليات الجراحية الصغرى	٠,١٤٥-	٢,٩٩٩-	٠,٠٠٣
تكاليف علاج الأمراض النفسية	٠,٢٨٥	٣,٠٧٩	٠,٠٠٢
تكاليف زيارة عيادات الأسنان	٠,٢٠٢	١,٨٦٥	٠,٠٦٣
تكاليف الوصفات الطبية	٠,٠٥٤-	٠,٦٧٦-	٠,٤٩٩
تكاليف علاج أمراض العيون	٠,١٤٥	١,٦٣٧	٠,١٠٢

معامل الارتباط: ٠,٤٨١ — قيمة f: ٨،٧٣٠

معامل التحديد :٠,٢٣٢ — مستوى الدلالة: ٠,٠٠٠

وفي المقابل نلاحظ في الجدول نفسه أن هناك علاقة يعتد ا إحـصائيا بـين تغطية الوثيقة لتكاليف زيارة العيادات الخارجية، وتكاليف العمليات الجراحية الكبرى، وتكاليف العمليات الجراحية الصغرى وكـذلك تكـاليف عـلاج الأمراض النفسية، أي أنه كلما شملت وثيقة التأمين هذه التكاليف فإن قسط التأمين سيرتفع.

أما بالنسبة لتكاليف علاج الأسنان و الوصفات الطبية وأمراض العيون فإنـه ليس هناك علاقة يعتد ا إحصائيا بين تغطية الوثيقة لهذه التكـاليف وقيمـة قسط التامين الصحي.

كذلك نلاحظ أن متغير شمولية التأمين ذو دلالة إحصائية على قسط التأمين، أي أن وثيقة التأمين التي تشمل جميع أفراد الأسرة يكون قسط التأمين فيهـا أعلى من تلك التي تشمل الفرد فقط.

وبذلك يكون أكثر العوامل تأثيرا على قسط التأمين حسب نموذج الدراسـة هو شمولية التأمين، فكما يوضح الجدول رقم (١٤) فإن شمولية التأمين تعـد أكثر العوامل تأثيراً على قسط التأمين حيث بلغت قيمة بيتـا ٠,٤٤٢.هـي إيجابية. ومعنى ذلك أنه عندما تتغير شمولية التأمين بمقدار وحده واحدة، فـإن قيمة القسط يزداد بمقدار٠,٤٤٢ .

كما أنه يجب ملاحظة أن قيمة معامل التحديد لنموذج الانحدار المتعدد كانت ٠,٢٣٢ وهذا يعني أنه مع افتراض بقاء كل العوامل المؤثرة الأخرى ثابتة فإن كل المتغيرات الهامة إحصائياً مجتمعه تشير إلى أو تمثل ٢٣% فقط من التبـاين في قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني.

وهذا يعني أن هناك متغيرات أخرى قد تؤثر بشكل كبير على مقدار أو قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني لكنها لم يتم تغطيتها في هذه الدراسة.

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

نتائج الدراسة

بالنسبة لأسباب اختيار مستشفى معين للعلاج:

بينت نتائج الدراسة أن السبب الأول في اختيار المستشفى للعلاج هو أن "شركة التأمين تجبر المؤمن عليهم على المراجعة في ذلك المستشفى". وكما بينت النتائج أن السبب الثاني في اختيار المستشفى يعود إلى "جودة الخدمات المقدمة أعلى من تلك المقدمة في غيره، وفي المقابل لم توافق النسبة العظمي من ا يبين على أهمية كل من "طول الانتظار في المستشفيات الحكومية" و"بسبب وجود طبيب أو أطباء يتمتعون بسمعة جيدة" و"قرب المستشفى من مكان السكن" و"أسعار الخدمات فيه أرخص من غيره" في التأثير على المريض عند اختيار المستشفى للعلاج.

أما بالنسبة للعوامل التي تساهم في شراء وثيقة تأمين صحي:

فقد اتضح من نتائج الدراسة أ ا حسب الترتيب التالي:

- الحالة الصحية لأحد أفراد العائلة.
- الحالة الصحية للمجيب.
- وجود تخصصات نادرة في القطاع الصحي الخاص.
- تدني مستوى الخدمات الصحية بالقطاع العام.
- طبيعة العمل الذي يقوم به ا يب.
- الشركة التي يعمل ا توفر التأمين.
- ارتفاع أسعار الخدمات الصحية.
- الانتظار الطويل في المستشفيات الحكومية.

بالنسبة للعلاقة بين العوامل الديموغرافية ومؤشرات الحالة الصحية مع قسط التأمين الصحي التعاوني:

وجدت علاقة إيجابية بينه وبين حجم الأسرة هذه النتيجة يمكن تفسيرها بأن أفراد العينة الذين تعد أسرهم كبيرة تكون قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني لديهم كبيرة . أما بقية المتغيرات الشخصية فلا تربطها علاقة إحصائية بقسط التأمين.

ولمعرفة هل يختلف قسط التأمين باختلاف جنس المؤمن عليه، أو جنسيته، أو حالته الاجتماعية، أو اختلاف نوع التأمين، وجد أنه لا يوجد اختلاف في قسط التأمين مهما اختلف جنس المؤمن عليه، أو جنسيته، أو حالته الاجتماعية، أو حتى نوع التأمين.

أما بالنسبة للسؤال الرئيس المتعلق بالكشف عن العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني:

فقد تضمنت هذه الدراسة اختبار ٢٣ متغيراً مستقلاً، و أظهرت نتائج الدراسة أن هناك ٥ متغيرات مستقلة فقط لها علاقة يعتد ا إحصائيا مع قيمة قسط التأمين الصحي وهذه المتغيرات هي:

- شمولية التأمين الصحي.
- تكاليف زيارة العيادات الخارجية.
- تكاليف العمليات الجراحية الكبرى.
- تكاليف العمليات الجراحية الصغرى.
- تكاليف علاج الأمراض النفسية.

إن هذه الدراسة قامت باختبار العوامل المؤثرة على قسط التأمين الصحي التعاوني من خلال ثلاثة محاور وهي:

العوامل الديموغرافية:

ومن خلال نتائج التحليل الإحصائي أوضحت أنه لا علاقة للمتغيرات الديموغرافية بقسط التأمين الصحي التعاوني. أي أنها لا تؤثر على قسط التأمين. وهذا يختلف مع نتائج الدراسات السابقة (ابن سعيد، McCall *et al.1991;* Patric *et al.1992;* Wilcox-Gok, and Rubin. 1994; Kubrin, 1995) ، والتي أوضحت جميعها أن للعوامل الديموغرافية أثراً على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني.

وكما ذكرنا سابقا، بما أن غالبية أفراد العينة موظفون، و التأمين الصحي تم توفيره من قبل جهات العمل التي يعملون بها، فإنه لا فرق بالنسبة لها بين أعمار المؤمن عليهم أو حتى جنسياتهم أو ما إلى ذلك من العوامل الشخصية، وذلك لأن التأمين يقدم على شكل حزمة كاملة لجميع الموظفين.

مؤشرات الوضع الصحي:

أما بالنسبة لمؤشرات الوضع الصحي فإنه ثبت بالنتائج أن شمولية التأمين - أي ما يغطي أكثر من شخص - تكون مكلفة أكثر من تلك التي تغطي شخصاً واحداً فقط، وبذلك فهي تؤثر على قسط التأمين الصحي وهذا يؤكد نتائج دراسة Buchmueller و ابن سعيد، أما بالنسبة للوضع الصحي للفرد فإنه حسب نتائج الدراسة لا تأثير له على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني وهذا يتعارض مع دراسة كل من (McCall *et al.1991;* Patric *et al.1992;* Wilcox-Gok, and Rubin. 1994; Kubrin, 1995; Davis *et al 1995*) والتي ذكرت أن للوضع الصحي للفرد تأثيراً على قيمة قسط التأمين الصحي.

مؤشرات تغطية تكاليف التأمين الصحي:

أوضحت نتائج دراسات كل من Chulis et al 1995 ، Davis. et *al 1995*, Buchmueller 1995 ودراسة *(HIAA)* أن جوانب معينة من التغطية الصحية أثرت على الأقساط المدفوعة، وبذلك فإن هذه الدراسة تتفق معها في هـذا الجانب حيث أظهرت النتائج أن اشتمال وثيقة التأمين على تكاليف زيـارة العيادات الخارجية، وتكاليف العمليات الجراحية الكبرى، وتكاليف العمليات الجراحية الصغرى وكذلك تكاليف علاج الأمراض النفسية يزيد من قـسط التأمين الصحي، أما بقية التكاليف فلم يكن لها تأثير يذكر.

ونظرا لمحدودية هذه الدراسة واقتصارها على جمع المعلومات من منطقة واحدة فقط (الرياض) لذا يجب توخي الحيطة عند تعميم هذه النتائج.

كما أنه يجب ملاحظة أن قيمة معامل التحديد لنموذج الانحدار المتعدد كانت ٠,٢٣٢ وهذا يعني أنه مع افتراض بقاء كل العوامل المؤثرة الأخرى ثابتة فإن كل المتغيرات الهامة إحصائياً مجتمعه تشير إلى أو تمثل ٢٣% فقط من التبـاين في قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني.

وهذا يعنى أن هناك متغيرات أخرى قد تؤثر بشكل كبير على مقدار أو قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني لكنها لم يتم تغطيتها في هذه الدراسة.

وهذه المتغيرات قد تشمل عوامل أخرى مثل سياسات الحكومة تجاه تقـديم الخدمات الصحية وتوفير الخدمات الصحية ا انيـة أو البـدائل الأخـرى والاستخدام الخاطئ للخدمات الطبية من قبل المستهلكين.

وبغض النظر عن العوامل السابقة فإن هذه الدراسة استطاعت توضيح وبيان بعض العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني من وجهة نظر ا يبين على أسئلة الدراسة.

التوصيات:

مما سبق طرحه ومناقشته من محاور مهمة ذات علاقة بالتأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية يمكننا طرح التوصيات التالية:

 إعادة النظر في أهداف وأسلوب إدارة المستشفيات الحكومية وتطبيق نظام إدارة الأعمال مما يساعد على تطوير خدماتها وزيادة إسهامها في النشاط الصحي.

 العمل على وضع معايير جودة الخدمات الصحية التي يجب أن تتبناها المستشفيات والمستوصفات لاعتمادها ضمن البرامج الصحية لدى مقدمي الخدمة الصحية.

 إتاحة الفرصة للقطاع الصحي الخاص للقيام بدور أكثر فعالية في القطاع الصحي والاستفادة من طاقته التشغيلية القصوى لرفع مستوى الخدمات الصحية في المملكة، مع التأكيد على ضرورة التزام هذا القطاع بمعايير الجودة.

 العمل الجاد على إزالة المعوقات التي تقف في طريق تطبيق نظام الضمان الصحي التعاوني للاستفادة من المنافع الكثيرة المتوقعة من عملية التطبيق.

 رسم سياسة جديدة للمستشفيات الحكومية والخاصة تمكنها من الاستفادة من اشتراكات الضمان الصحي التعاوني بالشكل الصحيح، وبما ينعكس إيجاباً على مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمقيمين والسعوديين على السواء.

 تطبيق برامج للتوعية الصحية توضح لجميع الأفراد أهمية وضرورة برامج التأمين الصحي التعاوني من جهة، وتشرح لهم الأسلوب الأمثل للاستفادة من هذه البرامج دون المبالغة في طلب خدمات علاجية لا ضرورة لها.

 البدء في تدريب الكوادر البشرية اللازمة لتشغيل نظام التأمين الصحي التعاوني.

توصيات بدراسات مستقبلية:

نظراً لقلة الدراسات التي تناولت التأمين الصحي فإن الباحثة توصي بتكثيف الدراسات في هذا ا ال لبيان مزاياه وعيوبه ولوضع نموذج أمثل لتطبيق هذا النظام مثلاً:

- عمل دراسات تحليليه حول مدى جاهزية البئية لتطبيق التأمين الصحي من حيث النظم المتوفرة ومدى تأهيل الشركات والمستشفيات لتطبيق برامج التأمين الصحي.
- عمل دراسات مقارنة بين أشكال برامج التأمين الصحي التعاوني المطبقة في العالم، ومقارنتها بما هو مطبق في المملكة العربية السعودية، ومحاولة الوصول إلى نموذج أمثل لبرامج التأمين الصحي.
- عمل دراسات مماثلة لمعرفة العوامل المؤثرة على قسط التأمين في المملكة ككل، وذلك لاقتصار هذه الدراسة على مستشفيات معينة في مدينـة الرياض.

المراجع

قائمة المراجع

أولا: الكتب العربية :

- ابن سعيد ، خالد سعد عبد العزيز ، التأمين الصحي التعاوني ، مطابع العبيكان ، الرياض ١٤٢١هـ
- أبو السعود ، رمضان ، أصول التأمين ، الإسكندرية ، دار المطبوعات الجامعية ، ٢٠٠٠م .
- آل محمود، عبد اللطيف محمود ، التأمين الاجتماعي في ضوء الشريعة الإسلامية ، الطبعة الأولى ، دار النفائس، بيروت ١٩٩٤م
- الأهوانى ، حسام الدين كامل ، أصول قانون التأمين الإجتماعي ، مصر ، ١٩٩٢ – ١٩٩٣م .
- الباشا ، محمد فاروق ، التأمينات الاجتماعية ونظامها في المملكة العربية السعودية ، معهد الإدارة العامة ، ١٤١٦هـ.
- جابر ، أشرف ، التأمين من المسؤلية المدنية للأطباء ، القاهرة ، دار النهضة العربية ، ١٤٢٠هـ - ١٩٩٩م .
- درويش ، محمد كامل ، إدارة الأخطار واستراتاجيات التأمين المتطورة في ظل إتفاقية (الجات) ، بيروت ، دار الخلود ، ١٩٩٦م .
- رسلان ، نبيلة ، أحكام التأمين ، جامعة طنطا ١٩٩٧-١٩٩٨م .
- رمضان ، زياد ، مبادئ التأمين ، دراسة عن واقع التأمين ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، عمان ١٤١٩ هـ .
- الزرقاء ، مصطفى أحمد ، نظام التأمين : حقيقته والرأي الشرعي فيه ، الطبعة الرابعة ، مؤسسة الرسالة بيروت ١٩٩٤م ٠
- ساعاتي ، عبد الاله ، مبادئ ادارة المستشفيات وتطبيقاتها في المملكة العربية السعودية ، ١٤٢٠هـ ، الرياض .
- شرف الدين ، أحمد السعيد ، عقود التأمين وعقود ضمان الاستثمار (واقعها الحالي وحكمها الشرعي) ، مصر ، ١٩٨٦ م .
- طعيمة ، ثناء محمد ، محاسبة شركات التأمين ، القاهرة ، إيتراك للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٢م.
- عبدالرحمن، أحمد شوقي محمد ، مدى التعويض عن تغير الضرر في جسم المضرور وماله ، الإسكندرية ، منشأة المعارف ، ٢٠٠٠م.
- عبدالمحسن ، عبدالباسط ، الاشتراكات كمصدر لتمويل نظام التأمين الاجتماعي "دراسة مقارنة" ، القاهرة ، دار النهضة العربية ، ١٩٩٦م .
- عبدربه ، إبراهيم علي إبراهيم ، و إبراهيم احمد حموده ، التأمين ورياضياته ، الاسكندرية ، ١٩٩٧-١٩٩٦ م .
- غلاييني ، بديعة وعدنان ضناوي ، التأمين من الخطر ، طرابلس ، دار المعارف العمومية ، ١٩٩٢م .
- الفنجرى ، محمد شوقي ، الإسلام والتأمين ، جدة ، عكاظ للنشر والتوزيع ، ١٩٨٤م .

- القحطاني ، سالم سعيد ، وآخرون ، منهج البحث في العلوم السلوكية مع تطبيقات على spss، الرياض ١٤٢١هـ _ ٢٠٠٠م.
- مدغمش، جمال ، أحكام التأمين ، مجموعة الاجتهادات الكاملة ، ٢٠٠٠م.
- المصري ، رفيق يونس ، الخطر والتأمين ، دمشق ، دار القلم ، ٢٠٠١م .
- المصري ، عبد السميع (بدون تاريخ النشر) التأمين الإسلامي بين النظرية والتطبيق ، مكتبة وهبه، القاهرة .
- المصري ، محمد رفيق ، التأمين وإدارة الخطر ، تطبيقات على التأمينات العامة ، عمان ، دار زهران للنشر ١٩٩٨ م
- ملحم ، أحمد سالم ، التأمين التعاوني الإسلامي وتطبيقاته في شركة التأمين الإسلامية ، الأردن ، ٢٠٠٠م .
- ملحم ، أحمد سالم ، التأمين الإسلامي ، عمان ، دار الأعلام ، ٢٠٠٢م .
- ناصر ، محمد جودت ، إدارة أعمال التأمين ، عمان ، دار مجدولاي للنشر ، ١٩٩٨م .
- النجار ، عبد الله مبروك ، الوجيز في عقد التأمين ، مصر ، ١٩٩٧م .
- هيكل ، عبد العزيز فهمي ، مقدمة في التأمين ، بيروت ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٠م.

الدراسات والدوريات :

- خالد سعد بن سعيد ، التأمين الصحي التعاوني الشامل في المملكة العربية السعودية ، التقرير الفني الدوري الرابع لمدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية ، خلال الفترة من ١٤٢١/٩/١_١٤٢٢/٦/٣٠هـ
- الحيدر ، عبد المحسن صالح ومحمد على التركي ، نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية ، الرياض ، معهد الإدارة العامة ، ٢٠٠٢م .
- العمير، صالح بن ناصر ، التأمين الصحي التعاوني وأثره على الاقتصاد السعودي) حتى عام ١٤٤٠هـ ٢٠٢٠م ، ندوة الرؤية المستقبلية وللاقتصاد السعودي حتى عام ١٤٤٠هـ، الرياض أكتوبر ٢٠٠٢م ، التعاونية للتأمين٠
- الفنيسان ، سعود بن عبد الله ،التأمين الصحي في المنظور الاسلامي قضية للبحث مجلة البحوث الفقهية المعاصرة، السنة الثامنة ــ العدد ٣١ ، ١٤١٧هـ ٠
- الترتوري ، حسين مطاوع ، التأمين الصحي في الفقه الاسلامي مجلة البحوث الفقهية المعاصرة ، السنة التاسعة ، العدد ٣٦ ، ١٤١٨هـ٠

- مجلـة الجزيـرة الـسنة الاولـى، العـدد (١٩) الثلاثـاء ١٨ مـن ذي القعدة ١٤٢٣هـ ٢٠٠٣/١/٢١م٠

- العمر ، بدران عبدالرحمن ، الخطر والتأمين في القطاع الصحي ، تجارة الرياض ، العدد ٤٧١ ، ديسمبر ٢٠٠١م .
- أنماط التأمين الصحي وتطبيقاته ، مجموعة محاضرات و أوراق عمل قدمت في ندوة التخطيط الصحي الثامنة ، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي ، الكويت ، ابريل ١٩٩٤م .

المراجع الأجنبية :

- Berki,s.e., Wyszewianski, L., Lichtein , R., et al . (1985) Health insurance coverage of the unemployed . Medical Care 23 .

- Bin Saeed, Khalid 1999 Factors influencing health insurance premiums in the Kingdom of Saudi Arabia – *Arab Journal of Administration Sciences vol. 6 , No: 3 : 495-508*

- Bin Saeed , Khalid S., and Al-Omar, Badran 1998. Discriminating variables between insured and uninsured patients., *Saudi Medical Journal, vol. 19 (3) : 335 – 339*

- Bloom, B.1990. Health Insurance and Medical Care : Health of our Nations Children , United States , 1988. Advance Data from *Vital and Health Statistics* , 88;1-8. Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics .

- Buchmueller ,T.C.1995 .Health Risk and Access to Employer - provided Health Insurance . *Inquiry , 32:75-86.*

- Chulis,G.S., Eppig, F.J.,and Poisal ,J.A.1995 . Ownership and Average Premiums for Medicare Supplementary Insurance Policies . *Health care Financing Review ,17(1) : 225-275.*

- Davis. K., Rowland, D., Altman ,D., Collins,K.S., and Morris , C. 1995. Health Insurance: The Size and Shape of the problem. *Inquiry , 32:196-203*

- Hartley ,D., Quam.L. and Lurie, N. (1994) Urban and rural differences in) Health insurance and access to care .The Journal of Rural Health ,10(2) : 98-108 .

- Health Insurance Association of America, *Why Do Health Insurance Premiums Rise? March 2000-* http://www.hiaa.org.*May 28, 2003*.

- Kirkmann-liff, B. and Kronenfeld , J.J. (1994) Access to family planning services and health insurance among low-income women in Arizona . Amercan Journal of Public health 84 (6) : 1010-1012.

- Kubrin,A.I.1995.The Role of Health insurance in the Use of Health Service Among the Non-elderly. *Journal of health & Social Policy, 6(4) : 73-90* .

- McCall , N., Rice,T., Boismier,J., and West, R.1991 Private Health insurance and Medical care Utilization : Evidence from the Medicare Population . *Inquiry , 28:276-287.*

- Markowitz, M.A., Gold, M., and Rice, T.1991 Determinant of Health Insurance Status Among Young Adults. *Medical Care, 29:6*.

- Patrick, D.L., Madden,C.W., Diehr, P., et al . 1992 . Health Status and Use of Services Among families with and without Health insurance. *Medical care,30(10):941-949.*

- Wilcox-Gok, V. and Rubin , J. 1994) Health insurance coverage Among the Elderly . *Social Science & Medicine ,11: 1521-1529.*

الملاحق

الاستبانة

بسم الله الرحمن الرحيم

العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني

أخي الكريم / أختي الكريمة :
تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل المؤثرة على قيمة قسط التأمين الصحي التعاوني من وجهة نظر المجيبين على هذه الاستمارة. وبناء على ذلك نتطلع بتعاونكم الكريم في الإجابة عليها لما لها من أثر إيجابي في تحقيق أهداف الدراسة، علما بأن المعلومات المتضمنة في هذه الاستبانة ستستخدم لأغراض البحث العلمي فقط ، وسيتم التعامل معها بسرية تامة، وتقبلوا فائق تحياتنا ،،،

الجزء الأول : بيانات شخصية:

١) العمر : ______ سنة
٢) الجنس : ☐ ذكر ☐ أنثى

٣) الجنسية : ☐ سعودي ☐ غير سعودي

٤) الحالة الاجتماعية : ☐ متزوج ☐ غير متزوج

٥) في حالة الزواج، فهل تعمل زوجتك / زوجك ؟
☐ نعم ☐ لا
- إذا كانت الإجابة (نعم) فما الدخل الشهري : ____ريال

٦) ما الدخل الشهري للأسرة ؟ :__________ ريال

٧) المستوى التعليمي : ☐ أقل من الثانوي ☐ ثانوي
☐ جامعي ☐ دراسات عليا

(٨) المهنة ☐ موظف حكومي ☐ قطاع خاص ☐لا أعمل
☐ طالب ☐ رجل أعمال ☐ أخرى(حدد):___

٩) كم عدد سنوات خبرتك العملية : _______ سنه

١٠) كم أفراد أسرتك : __________ فرد

١١) كم عدد الأفراد العاملين في أسرتك غيرك :
____

١٢) ممن تتكون عائلتك ؟ ☐ زوج وزوجة فقط ☐ أب وأم مع أطفال
☐ أب مع أطفال فقط ☐ أم مع أطفال فقط
☐ أخرى (حدد) :_________

الجزء الثاني : مؤشرات الحالة الصحية

١٣) كيف ترى حالتك الصحية :
☐ ممتازة ☐ جيدة
☐ متوسطة ☐ ضعيفة

١٤) هل تعاني من مرض مزمن
☐ نعم ☐ لا

١٥) كم مرة زرت الطبيب خلال الشهر الماضي ؟ ________ زيارة٠

١٦) كم مرة زرت الطبيب خلال العام الماضي ؟ ________ زياره٠

١٧) هل سبق أن أدخلت أحد المستشفيات (للتنويم) خلال العام الماضي ؟
☐ نعم ☐ لا

الجزء الثالث : مؤشرات تغطية التأمين الصحي

١٨) ما هو نوع التأمين الصحي المتوفر لديك ؟
☐ تجاري (خاص) ☐ تأمين عن طريق العمل ☐آخر : ____

١٩) هل تشمل وثيقة تأمينك الصحي:☐ جميع أفراد عائلتك ☐ شخصك فقط

٢٠) إذا كنت تدفع تكاليف تأمينك الصحي ، فما مقدار ما تدفع سنويا ؟ ______ ريال

٢١) ما حدود مسئوليتك المالية في وثيقة تأمينك الصحي ؟ بمعنى آخر ، ما النسبة التي أنت مطالب بدفعها سنويا من دخل الأسرة ؟

٢٢) هل التكاليف التالية يتم تغطيتها من قبل قسط التأمين الصحي التعاوني :

	نعم	لا
تكاليف زيارات العيادات الخارجية	☐	☐
تكاليف علاج الأسنان	☐	☐
تكاليف العمليات الجراحية الكبرى	☐	☐
تكاليف الوصفات الطبية	☐	☐
تكاليف العمليات الجراحية الصغرى	☐	☐
تكاليف علاج أمراض العيون	☐	☐
تكاليف علاج الأمراض النفسية	☐	☐

أخرى (حدد) : ______

الجزء الرابع : وجهات وآراء المجيبين حول التأمين الصحي

٢٣) إلى أي مدى توافق أو لا توافق على أن الأسباب التالية قد تساهم في شرائك لوثيقة التأمين الصحي

الأسباب	أوافق تماما (٤)	أوافق (٣)	لا وافق (٢)	لا أوافق إطلاقا (١)
ارتفاع أسعار الخدمات الصحية				
طبيعة العمل الذي أقوم به				
وجود تخصصات نادرة في القطاع الخاص				
الانتظار الطويل في المستشفيات الحكومية				
تدني مستوى خدمات القطاع العام الصحية				
الشركة التي اعمل بها توفر التأمين				
كثرة عدد أفراد أسرتي				
جودة الخدمات المقدمة في القطاع الخاص				
لتغطية تكاليف علاج الأسنان				
حسن معاملة موظفي القطاع الخاص				
حالتي الصحية				
حالة أحد أفراد العائلة الصحية				

٢٤) إلى أي مدى توافق أو لا توافق على أن الأسباب التالية قد أثرت في اختيارك هذا المستشفى للعلاج٠

الأسباب	أوافق تماما (٤)	أوافق (٣)	لا أوافق (٢)	لا أوافق إطلاقا(١)
شركة التأمين تجبرني على المراجعة فيه				
أسعار الخدمات فيه ارخص من غيره				
جودة الخدمات المقدمة هنا أعلى من تلك المقدمة في غيره				
قربه من مكان سكني				
بسبب وجود طبيب أو أطباء يتمتعون بسمعة جيدة				
طول الانتظار في المستشفيات الحكومية				
أسباب أخرى (حدد):				